



Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia
Relatório de Estágio

Prevenção do Trauma Perineal na Mulher da Gravidez
ao Puerpério:
Intervenção do Enfermeiro Obstetra

Liliana Henriques Susana Gouveia

Lisboa
2018





Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia
Relatório de Estágio

Prevenção do Trauma Perineal na Mulher da Gravidez
ao Puerpério:
Intervenção do Enfermeiro Obstetra

Liliana Henriques Susana Gouveia

Orientador: Prof^a Maria Teresa Santana Félix

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Existe só uma maneira de se evitar as críticas:
não fazer nada, não dizer nada e não ser nada”

Aristóteles

Aos meus pais, que sempre foram, são e serão o meu porto seguro e
ao meu marido, por ter aguentado o barco, nesta difícil jornada,
o meu profundo agradecimento.
Sem vocês, nada disto seria possível!

Aos meus filhos, os meus maiores tesouros, a minha razão de viver...
...a mamã está de volta!

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

AINE – Anti-inflamatório Não Esteroide

AM – Aleitamento Materno

APEO – Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

AZT – Zidovudina

BAR – Bolsa Amniótica Rota

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CIN - Cervical Intraepithelial Neoplasia

CMESMO–Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPP – Curso de Preparação para a Parentalidade

CST – Cesariana Segmentar Transversa

CTG – Cardiotocograma

DGS – Direção Geral de Saúde

EBSCO - Elton B. Stephens Company Publishing

EC – Ensino Clínico

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FC – Frequência Cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HPV – Papilomavírus Humano

IA – Índice de Apgar

ICM – International Confederation of Midwives

ICN - International Council of Nurses

IFP – Incompatibilidade Feto-pélvica

IG – Idade Gestacional

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITP – Indução do Trabalho de Parto

JBI – Joanna Brigs Institute

LATM – Líquido Amniótico Tinto Mecónio

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

MGF – Mutilação Genital Feminina

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC – População, Conceito e Contexto

PCR – Proteína C Reativa

RCF – Restrição de Crescimento Fetal

RCM - Royal College of Midwives

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Rh – Factor Rhesus

RN – Recém-Nascido

RPM – Ruptura Prematura de Membranas

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

STB - Estreptococo β Hemolítico do Grupo B

TA – Tensão Arterial

TP – Trabalho de Parto

WHO – World Health Organization

RESUMO

Mais do que perpetuar a espécie, ter um filho, é um verdadeiro projeto de vida. Dotado de uma grande dualidade, o parto tem agregado a si, sentimentos de êxtase, mas também, de medo e incerteza. O enfermeiro obstetra surge como sendo o profissional com mais competências para assistir a mulher em trabalho de parto, respeitando a sua fisiologia, de forma segura, num ambiente íntimo e confortável.

O presente relatório vem, desta forma, explicitar o meu percurso de aprendizagem, no sentido de alcançar as competências essenciais ao exercício de uma enfermagem avançada, como enfermeira obstetra. Por forma a adquirir essas competências, percorri um longo caminho formativo, que culminou com o estágio no bloco de partos. Aqui, para além de desenvolver as competências comuns e específicas de enfermeira especialista, aprofundei conhecimentos e competências no que concerne à prevenção do trauma perineal, da gravidez ao puerpério, à luz da teoria de Neuman.

O trauma perineal constitui a maior morbilidade associada ao parto, atingindo cerca de 90% das mulheres que o vivenciam (Richmond, 2014). Pretendi, desta feita, procurar estratégias que pudessem prevenir ou minimizar o trauma perineal e na sua impossibilidade, proceder à sua reparação e reabilitação. Por forma a operacionalizar este objetivo, realizei uma revisão *scoping*, que me possibilitou mapear a evidência disponível neste âmbito. A evidência encontrada tornou-se a base da minha prática, cumprindo um dos pressupostos deste estágio, que é a prática baseada na evidência (PBE). Alguns dos resultados obtidos dessa prática, foram ao encontro da evidência encontrada, outros nem tanto. A incidência do trauma perineal na minha prática clínica, foi de 87%, coincidindo com os valores apresentados na literatura, tendo alcançado o valor preconizado pela World Health Organization (WHO) (1996) para a prática da episiotomia, que são os 10%.

A aquisição de conhecimentos multiplica-se e divide-se. Considerei, por isso, essencial partilhar os resultados da minha prática clínica com a equipa onde estive inserida, demonstrando a necessidade de haver maior uniformidade na classificação das lacerações, contribuindo, assim, para uma melhoria contínua, da qualidade dos cuidados.

Palavras Chave: Trauma perineal; Gravidez; Parto; Puerpério; Enfermeiro Obstetra

ABSTRACT

More than perpetuating the species, having a child, it really is a project of life. Endowed with a great duality, childbirth has added to itself, feelings of ecstasy, but also fear and uncertainty. The obstetrician nurse emerges as the most competent professional to conduct labor, respecting its physiology, in a safely way and in an intimate and comfortable environment.

This report explains my learning path, in order to reach the essential skills to the exercise of advanced nursing, such as obstetric nurse. In order to acquire these skills, I went through a long formative path that culminate in the birth unit internship. In addition to developing the common and specific competencies of a practitioner nurse, I deepened my skills regarding the prevention of perineal trauma from pregnancy to puerperium, in the light of Neuman's theory.

Perineal trauma is the highest morbidity associated with childbirth, affecting about 90% of women who experiences it (Richmond, 2014). I intended to look for strategies that could prevent or minimize perineal trauma and, in its impossibility, to repair and rehabilitate it. In order to make this objective operational, I conducted a scoping review to map the available evidence in this area. The evidence found has become the basis of my practice, in an attempt to fulfill one of the presuppositions of this stage, which is practice based on evidence. Some of the results obtained from this practice were against the evidence found, others not so much. The incidence of perineal trauma in my clinical practice was 87%, in line with the figures presented in the literature, reaching the maximum value recommended by the World Health Organization (WHO) (1996) for the practice of episiotomy, which is 10%. The knowledge should be multiplied, as well divided. Therefor I considered essential to share the results of my clinical practice with the team where I was inserted in, demonstrating the need for greater uniformity in the classification of lacerations, in order to contribute to an improvement in the quality of care.

Keywords: Perineal trauma; Pregnancy; Childbirth; Puerperium; Nursing Obstetrician

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 Quadro de Referência de Enfermagem	16
1.2 O Estado da Arte	18
2. METODOLOGIA PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO OBSTETRA.....	23
2.1 Revisão <i>Scoping</i>	23
2.1.1 Questão de Partida (PCC).....	23
2.1.2 Critérios de Inclusão e Exclusão	24
2.1.3 Estratégia de Pesquisa.....	25
2.1.4 Resultados da Pesquisa.....	26
2.2 A Prática Baseada na Evidência.....	27
2.3 Implicações Éticas	28
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	31
3.1 Cuidar da Mulher e Família a Vivenciar Processos de Doença do Foro Ginecológico	31
3.2 Cuidar da Mulher, Feto e Família Durante o Período Pré-natal	33
3.3 Cuidar da Mulher, Feto e Família nos 4 Estádios do Trabalho de Parto..	35
3.4 Cuidar do Recém-Nascido e Família no Pós-parto Imediato	63
3.5 Cuidar da Mulher e Família Durante o Período Pós-natal	65
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de Atividades

APÊNDICE II – Estratégia de Pesquisa

APÊNDICE III – Diagrama Prisma: Revisão *Scoping*

APÊNDICE IV – Quadros de Extração de Resultados

APÊNDICE V – Resultados da Pesquisa

APÊNDICE VI – Instrumento de Interação de Cuidados

APÊNDICE VII – Instrumento de Diagnóstico de Necessidades

APÊNDICE VIII – Sessão no Curso de Preparação para a Parentalidade durante o ECIII: *Prevenção do Trauma Perineal na Mulher, da Gravidez ao Puerpério*

APÊNDICE IX – Informação Colhida das Parturientes Assistidas

APÊNDICE X – Resultados da Prática Baseada na Evidência

APÊNDICE XI – Ação de Formação no Bloco de Partos durante o ER: *Prevenção do Trauma Perineal na Mulher, da Gravidez ao Puerpério: Intervenção do Enfermeiro Obstetra*

APÊNDICE XII – Resultados da Avaliação da Ação de Formação

ANEXOS

ANEXO I – Diagrama do Modelo de Sistemas Neuman

ANEXO II – Anatomia do Períneo Feminino

ANEXO III – Quadro de Classificação de Lacerações, segundo Sultan (1999)

ANEXO IV – Quadros de Classificação de Lacerações

ANEXO V – Figura da Indicação Visual da Direção da “Linha Púrpura”

ANEXO VI – Figura do “Losango de Michaelis”

ANEXO VII – Formulário para Avaliação da Ação de Formação

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Questão de Partida (PCC).....p.24

Quadro nº 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão.....p.24

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), integrado no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O objetivo deste trabalho é refletir e relatar criticamente o processo de aprendizagem e aquisição de competências, que me permitirão obter o grau de mestre após a sua defesa pública e a aquisição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Em setembro de 2014 iniciei um longo processo de aprendizagem. Este processo formativo foi dotado de uma grande diversidade de experiências e aquisição de conhecimentos. Desde as aulas teóricas, em sala de aula, passando pelos vários ensinamentos clínicos (EC), este foi um percurso extremamente rico e diversificado, que possibilitou o ganho de competências essenciais ao exercício de uma enfermagem avançada, por parte do enfermeiro obstetra. O cronograma de atividades apresentado no apêndice I, enquadra na esfera temporal, o percurso de aprendizagem realizado.

Apesar do carácter contínuo desta formação, foi no ER, que foi implementado o projeto iniciado no 2º semestre do CMESMO e que culminou na aquisição de competências fundamentais ao exercício de uma enfermagem especializada, nomeadamente, as competências 2, 3 e 4 descritas no Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) e as competências 1,4,5 e 6 descritas pela International Confederation of Midwives (ICM) (2013).

Neste estágio era esperado que o aluno adquirisse competências comuns ao enfermeiro especialista¹, nomeadamente no que concerne a aspetos relacionados com a qualidade e gestão dos cuidados, na promoção de uma atitude de liderança, capaz de valorizar e perpetuar a formação contínua. Em suma, é esperado que o aluno de hoje, seja o elemento de referência de amanhã, no seio da equipa onde está integrado.

É esperado, também, o desenvolvimento de juízo crítico face à cultura de cuidados, o desenvolvimento de estratégias que permitam resolver problemas complexos, com implicações éticas e sociais, através de um raciocínio lógico e uma prática baseada na evidência. Benner (2001) defende esta premissa, referindo que os

¹ Despacho nº 122/2011. D.R. nº 35, Série II de 18/02

conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática e da ciência de enfermagem.

O ER teve a duração de 750 horas, das quais 450, foram de contacto efetivo, onde se incluiu a prática simulada, com a duração de 35 horas. Foram, ainda, dedicadas 25 horas a orientação tutorial e 225 horas a trabalho autónomo.

Esta UC teve a duração de 18 semanas, tendo-se iniciado a 26 de fevereiro de 2018 na ESEL, através de uma prática simulada de alta fidelidade. Esta prática permitiu aos alunos, num ambiente controlado, adquirirem competências básicas para o desenvolvimento da prática clínica, em contexto real, numa sala de partos. O estágio, propriamente dito, iniciou-se a 5 de março de 2018, num serviço de bloco de partos, de um hospital da margem sul do Tejo, tendo terminado a 29 de junho do mesmo ano.

Para este estágio foram definidos um conjunto de objetivos pela equipa docente, por forma a possibilitar ao aluno, a aquisição das competências atrás mencionadas. Estes objetivos estão detalhadamente descritos no documento orientador da UC da [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), 2018].

Tornou-se, também, essencial que cada aluno definisse para si, objetivos, capazes de responder aos seus interesses pessoais. Desta feita, elenquei um conjunto de objetivos, por meio da metodologia de projeto, que se tornaram no fio condutor do meu percurso de aprendizagem. Assim sendo, o objetivo geral para esta UC foi desenvolver competências como enfermeira obstetra na prestação de cuidados especializados, autónomos e interdependentes à mulher inserida na família e na comunidade, que vivencia processos de saúde/doença do foro ginecológico e à mulher, feto e recém-nascido (RN) inseridos na família e comunidade, que vivenciam o período pré-natal, os 4 estádios do trabalho de parto (TP) e o período pós-natal em contexto hospitalar.

Como objetivos específicos, pretendi:

- Cuidar da mulher e família, que vivenciam processos de saúde/doença do foro ginecológico e que recorrem ao Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG);
- Cuidar da grávida, feto e família, que vivenciam risco pré-natal, em contexto de SUOG;
- Cuidar da parturiente, feto e família nos 4 estádios de trabalho de parto, em contexto de sala de partos, promovendo uma transição para a parentalidade saudável;

- Cuidar do RN em contexto de sala de partos, de forma a promover uma boa adaptação à vida extrauterina e um início de vida saudável;
- Cuidar da mulher/família/RN, no período pós-natal, por forma a proporcionar uma recuperação física, psicológica e emocional ideais e uma adaptação saudável ao papel parental;
- Desenvolver competências como enfermeira obstetra, que promovam a prevenção do trauma perineal, da gravidez ao puerpério;
- Refletir criticamente acerca do meu processo de aprendizagem.

A metodologia de projeto constituiu um importante contributo, para operacionalizar a minha prática clínica, durante o ER, tendo sido a minha bússola neste percurso de aprendizagem. Segundo Barbier (1993), citado por Machado (2000, p.6): “(...) o projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia; é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato”. A metodologia de projeto não é estanque, nem estática, mas antes dinâmica, capaz de se flexibilizar à medida que os obstáculos e dificuldades surjam. Assim sendo, desde o primeiro esboço, ao relatório final, muito mudou, sendo que a maior alteração, relacionou-se com a metodologia de pesquisa da evidência científica, passando de uma revisão sistemática da literatura (RSL), para uma revisão *scoping*.

De mãos dadas com este processo de aprendizagem, esteve sempre presente o processo de reflexão, quer através dos relatórios, quer através dos jornais de aprendizagem elaborados. Segundo Somerville e Keeling (2004), a reflexão tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de enfermagem, no sentido de proporcionar aos seus profissionais um reconhecimento das suas forças e fraquezas, superando a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem. O processo mais utilizado durante os EC foi o ciclo reflexivo de Gibbs.

O presente relatório está dividido em quatro capítulos. O primeiro é dedicado ao enquadramento teórico, onde explico o referencial de enfermagem e o estado da arte sobre o tema em estudo.

A enfermagem enquanto profissão e disciplina rege-se por um conjunto de teorias e modelos, que norteiam a prática dos seus profissionais. A adoção de um modelo orientador da prática de enfermagem, que defina os conhecimentos específicos, clarifique e unifique a linguagem utilizada, contribuindo para a base de reflexão e tomada de decisão, é crucial para a prática quotidiana dos cuidados. Desta

feita, optei por adotar o Modelo de Sistemas de Neuman, como base integrante da minha prática clínica do cuidar.

Este estágio tornou-se num palco perfeito para o desenvolvimento de uma PBE através do estudo aprofundado de um tema ou problemática. O trauma perineal é considerado a morbilidade mais comum associada ao parto por via vaginal. Segundo o estudo elaborado por Albers em 2005, e citado pelo The Royal College of Midwives (RCM) (2012), 85% das mulheres sofrerão traumatismo perineal, associado ao parto. Já Richmond (2014) vai mais longe e refere, que cerca de 90% das mulheres, que experienciaram o parto por via vaginal, sofreram trauma perineal. Denoto também, da minha prática clínica, como enfermeira de cuidados gerais num bloco de partos, que a prática adotada, no que concerne à prevenção do trauma perineal, não é norteadas por princípios únicos, sobretudo na sua classificação. Considero, por isso, que este tema é bastante interessante e digno de ser estudado, para que futuramente possa trazer benefícios, não só para a minha prática clínica como enfermeira obstetra, mas também, para a prática clínica da equipa, onde me encontro inserida.

O segundo capítulo é dedicado à metodologia, subjacente ao desenvolvimento das competências de enfermeiro obstetra. Aqui, apresento os passos da revisão *scoping* elaborada, no sentido de mapear a evidência científica disponível, capaz de responder à questão de partida e breves considerações quanto à PBE, enquanto orientadora dos cuidados prestados.

No terceiro capítulo realizarei a análise da minha prática de cuidados durante o ER, paralelizando-a, com a evidência encontrada e com os autores de referência, mobilizando os conceitos do Modelo de Neuman. Validarei, também, os objetivos e as atividades delineadas no projeto e a sua respetiva avaliação.

Por fim, o quarto capítulo, será dedicado às considerações finais, onde resumirei o processo de aprendizagem, os ganhos obtidos, as dificuldades sentidas e por fim as implicações da minha prática em contexto de estágio, para a prática de enfermagem e as suas respetivas limitações.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A enfermagem é uma disciplina, dotada de arte e ciência, que assenta em teorias que têm orientado a sua prática ao longo da história. Quando se fala numa prática de enfermagem avançada, esta ligação torna-se, ainda, mais premente. Segundo Silva (2007), o desempenho de uma enfermagem avançada centra-se numa lógica mais concetual, concretizada pela relação interpessoal, tendo por base teorias, que têm por “Core” o diagnóstico e resposta às necessidades humanas.

Apresento, então o quadro de referência que constituiu a base da minha prática clínica, assim como, o enquadramento da temática em estudo, procurando conhecer o estado da arte, antes de me debruçar sobre a revisão *scoping*.

1.1 Quadro de Referência de Enfermagem

Os modelos concetuais e teorias de enfermagem representam vários paradigmas que derivam do metaparadigma da disciplina de enfermagem. Devido à complexidade e abstração do metaparadigma, múltiplas teorias foram desenvolvidas de cada modelo concetual, na tentativa de descrever, explicar e prever o fenómeno de estudo desse modelo (Masters, 2012). Das várias teorias de enfermagem existentes, considero que o modelo de sistemas de Neuman foi a teoria que melhor enquadrou o projeto que me propus desenvolver, em contexto de sala de partos.

Este modelo foi descrito por Betty Neuman como sendo um modelo abrangente e dinâmico, coexistindo quatro conceitos fundamentais: *pessoa, ambiente, saúde e enfermagem*. A pessoa ou cliente é um sistema aberto em constante interação com o seu ambiente interior e exterior, composto por cinco variáveis: a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual (Neuman e Fawcett, 2011). Na relação com o ambiente, a pessoa tenta manter um equilíbrio face a fatores disruptivos, descritos pela autora, como *stressores*. Estes, por sua vez, podem influenciar positiva ou negativamente o indivíduo, dependendo das suas capacidades para lidar com os mesmos. Este modelo é representado através de um diagrama (anexo I), no qual a pessoa, caracterizada por um círculo, é o centro do sistema, estando rodeado por linhas, representativas da sua defesa, face ao ambiente circundante e *stressores*.

A saúde é considerada como sendo um equilíbrio entre o bem e o mal-estar, estando o grau de bem-estar relacionado com a quantidade de energia dispensada, por forma, a retomar o equilíbrio (Neuman e Fawcett, 2011).

A pessoa é considerada a estrutura básica do sistema, o “Core”. Este constitui a fonte de energia da pessoa e reúne os fatores básicos de sobrevivência da espécie, nomeadamente as características genéticas, a função multiorgânica de cada indivíduo e todas as características que o tornam único.

A linha normal de defesa é representativa do estado normal de bem-estar, englobando variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Assim, a variável fisiológica relaciona-se com a estrutura e com as funções do organismo; a variável psicológica refere-se aos processos mentais e relacionamentos; a sociocultural diz respeito às expectativas e atividades socioculturais; a de desenvolvimento relaciona-se com os processos de crescimento durante o ciclo da vida, por fim, a variável espiritual tem por base as crenças espirituais da pessoa. Já a linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Idealmente esta linha previne que os *stressores* invadam a estrutura básica do sistema, capazes de bloqueá-los antes que atinjam a linha normal de defesa. Quanto mais esta linha se expande e se afasta da linha normal de defesa, maior é a capacidade de proteção da pessoa face aos agentes *stressores*. Os hábitos de vida saudáveis, promovem a expansão desta linha, tornando o indivíduo mais capaz de lidar com a adversidade (Jukes e Spencer, 2007).

A envolver o cliente encontram-se as linhas de resistência, que não são mais do que as reações que surgem no sistema do cliente, quando os *stressores* penetram a linha normal de defesa. No que se refere aos *stressores*, interessa salientar que estes podem ser divididos em *stressores* intrapessoais, forças que ocorrem dentro do sistema do cliente, em *stressores* interpessoais, referindo-se às forças que resultam entre um ou mais indivíduos e os *stressores* extrapessoais são as forças que ocorrem fora do sistema e que atuam sobre a pessoa (Jukes e Spencer, 2007).

Tendo por base estas proposições, é necessário haver uma boa avaliação do impacto que cada *stressor* tem no sistema, compreendendo as suas capacidades de *coping*, para uma adequada atuação de enfermagem, à qual interessam todas as variáveis que afetam o cliente, no seu ambiente (Neuman e Fawcett, 2011), propondo-se três níveis de intervenção, a prevenção primária, secundária e terciária (Pearson e Vaughan, 1992; Neuman e Fawcett, 2011).

À prevenção primária corresponde a intenção de evitar ou reduzir a reação do sistema ao *stressor* identificado, fortalecendo as linhas de defesa. A educação pré-natal é, conforme referido anteriormente, exemplo disso. À prevenção secundária corresponde o apoio ao restabelecimento da estabilidade do sistema, após um determinado *stressor* ter penetrado a linha normal de defesa, ajudando a pessoa/cliente a reconstituir-se, adquirindo um nível de homeostase com o ambiente. Por fim, a prevenção terciária corresponde ao fortalecimento do sistema para a manutenção da homeostase, surgindo com intervenções similares à prevenção primária, mas num período após ocorrência de reação e já atingido o restabelecimento da harmonia no sistema (Pearson e Vaughn, 1992; Neuman e Fawcett, 2011).

1.2 O Estado da Arte

O trauma perineal, conforme referido na introdução, é a mais comum morbidade materna, associada ao parto vaginal, sendo que a lesão do esfíncter anal é a maior complicação que pode afetar, significativamente, a qualidade de vida da mulher. Está altamente associado a dor perineal e a dispareunia, sendo que estas podem persistir por um longo período após o parto (McCandlish et al, 1998, citado pelo RCM, 2012).

Historicamente, a prevenção do trauma perineal e o desconforto, por ele condicionado, eram considerados prioritários para as parteiras. O uso de óleos, a massagem perineal e as mãos aquecidas eram algumas das técnicas utilizadas. Contudo, com a entrada dos homens na assistência ao parto, cerca dos séculos XVII e XVIII, o períneo tornou-se “patologizado” e sujeito a intervenções cirúrgicas por rotina, ao mesmo tempo, que a mulher passa a adotar uma posição supina no trabalho de parto. A preparação do períneo passa, então, a ser tratado como um campo cirúrgico, sujeito a tricotomia e a procedimentos assépticos (Dahlen e Caplice, 2014).

Por forma a compreender a dimensão deste problema, considero fulcral começar por conhecer a anatomia do períneo. Anatomicamente, Oxorn (1989) considera o períneo como um espaço losangular, que se situa abaixo do assoalho pélvico e que se estende do arco púbico ao cóccix. É constituído por dois triângulos, o triângulo urogenital e o anal (anexo II). Ainda segundo, o mesmo autor, o ponto central do períneo é designado por corpo do períneo e que se situa entre o ângulo posterior da vagina, e o ânus. Em obstetrícia ele é, habitualmente, designado, apenas, por períneo, sofrendo com frequência lacerações durante o trabalho de parto. A classificação oficial

para definir as lacerações perineais foi desenvolvida em 1999, por Abdul Sultan, um obstetra britânico e constitui desde então, uma referência para a obstetrícia em geral (anexo III) (Sultan, Thaker e Fenner, 2007).

Contudo, desde esta versão inicial, tem havido pequenas modificações, sobretudo ao nível da classificação da laceração de 1º grau (anexo IV). Estas diversas interpretações, apesar de pequenas, conduzem a uma ausência de consenso clínico, tornando a classificação do trauma perineal, pouco objetiva e dependente da interpretação que cada profissional lhe atribui. O RCM (2012) refere nas suas *guidelines* de suporte à sutura perineal, que tem sido reportado haver falta de conhecimento e consenso entre as enfermeiras parteiras, no que concerne à classificação do trauma perineal.

Já se compreendeu a magnitude da morbilidade do traumatismo perineal, mas de que forma esta situação pode condicionar a vida das mulheres? A maioria dos artigos consultados são unânimes em considerar que a consequência mais frequente do traumatismo perineal é a dor e as condicionantes, que esta acarreta. Segundo Morris, Berg and Decker (2013), as mulheres podem experienciar dor e desconforto relacionado com o traumatismo perineal durante semanas ou meses, após o parto, podendo condicioná-las na mobilização, dificultando os cuidados ao RN, o aleitamento materno (AM) e por fim, a sua vida sexual, pela dispareunia causada. A complicação mais grave do traumatismo perineal é a lesão do esfíncter anal e a possível incontinência fecal, situação devastadora, para qualquer mulher em idade fértil.

Segundo um estudo realizado por Hauck, Lewis, Nathan, White e Doherty (2015), entre os principais riscos de trauma grave do períneo, estão os partos instrumentalizados e a distócia de ombros. Mais, especificamente, nas nulíparas, a variedade occipito-sagrada e o prolongamento do 2º estágio, foram fatores que aumentaram a incidência do trauma grave. No caso das múltíparas, a macrosomia fetal, a diabetes gestacional e a episiotomia aumentam o risco. Ainda segundo os mesmos autores, a incidência de trauma perineal grave é de 3% (5.4% em nulíparas e 1.7% em múltíparas).

Desta feita, torna-se essencial desenvolver estratégias, por forma a evitar ou minimizar as consequências do traumatismo perineal. Durante anos, pensou-se que a realização de episiotomia [incisão no períneo para alargar o espaço, de forma a facilitar a expulsão do feto (Oxorn, 1989)] fosse uma alternativa ao traumatismo perineal natural, minimizando as suas consequências. O seu uso rotineiro foi desenvolvido por

Stahl em 1895, alegando que a episiotomia permitia uma melhor cicatrização do períneo, em detrimento das lacerações naturais (Progianti, Araújo e Mouta, 2008). A partir de 1920, a episiotomia passou a ser amplamente utilizada, após uma publicação de DeLee, a defender o seu uso rotineiro (Junior e Junior, 2016), a fim de evitar lacerações do esfíncter anal.

A evidência científica crescente nesta área, trouxe novos achados, que tornou esta técnica bastante controversa nos últimos anos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985 emana uma diretriz que refere que o seu uso rotineiro é desnecessário (OMS, 1985). Um estudo promovido por Geranmayeh, Habibabadi, Fallahkish, Farahani, Khakbazan e Mehran (2012), refere que a episiotomia pode aumentar a incidência de lacerações de terceiro e quarto grau. Em 1996, a WHO recomenda uma taxa de episiotomia não superior a 10% (WHO, 1996). Segundo os últimos dados publicados pela Europeristat em 2013, Portugal apresentava, em 2010, uma percentagem de 72,9% de episiotomias, constituindo uma das mais altas taxas da Europa.

Segundo Graça (2010), no caso das apresentações cefálicas, a episiotomia deve ser efetuada apenas na altura da “coroação”, diminuindo, assim, a extensão da incisão e a hemorragia. Segundo o Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (2007), a episiotomia atinge as mesmas estruturas que uma laceração de 2º grau, requerendo técnicas de correção idênticas.

Existem vários tipos de episiotomias, contudo, apenas dois tipos são frequentemente utilizados, a médio-lateral, mais utilizada na Europa e a mediana, preferencialmente utilizada no Estados Unidos da América (EUA).

Segundo o RCM (2012), as indicações para a realização de episiotomia são situações em que se tenha de abreviar o período expulsivo, nomeadamente, os períneos pouco distensíveis, os parto instrumentalizados, as apresentações de face ou pélvicas, a distócia de ombros, o sofrimento fetal ou nos casos de mutilação genital.

Durante os cuidados pré-natais, ou seja, durante a prevenção primária, é essencial que se realize, junto da mulher, uma avaliação do risco face a um traumatismo perineal potencial (Alperin, Krohn e Parviainen, 2008). Segundo estes autores, é, ainda, essencial, informar as mulheres das opções existentes, no que concerne à sua prevenção. Segundo um estudo conduzido por Hay-Smith, Morkved, Fairbrother e Herbison (2008), a realização de fortalecimento muscular do pavimento pélvico no período pré-natal, pode reduzir o risco de incontinência vesical no período

pós-natal. Também a massagem perineal tem sido considerada benéfica e capaz de minimizar o trauma perineal associado ao parto. Segundo um estudo realizado por Beckmman e Garret (2006), não existia até àquele momento, evidência que sustentasse a relação da massagem perineal efetuada no período pré-natal, com a diminuição da ocorrência de trauma perineal durante o parto. Concluiu-se, porém, que houve um menor índice de dor perineal, por parte das puérperas, nos 3 meses subsequentes ao mesmo.

Durante o TP, propriamente dito, existe um conjunto de técnicas que podem ajudar à prevenção do trauma perineal. O autor Aasheim (2011) estudou a aplicação de compressas quentes e a massagem perineal intraparto, concluindo que ambas as técnicas demonstraram redução da incidência de lacerações de terceiro e quarto graus.

No que diz respeito à proteção do perineo durante a expulsão da cabeça fetal, o estudo levado a cabo por La Rosa-Várez (2013), refere não haver evidência científica que apoie ou refute qualquer uma das técnicas, *hands on* e *hands off*.

A evidência consultada refere que as mulheres devem adotar posições confortáveis durante o TP, sendo orientadas a realizar esforços expulsivos, consoante a sua própria vontade (Gupta, Hofmeyr e Smyth, 2004). De forma a evitar a deflexão rápida da cabeça fetal, dever-se-á exercer contrapressão sobre a mesma, quer na técnica *hands on*, ou *off* (Aasheim, 2011).

Uma vez sucedido o trauma, o profissional que assiste o parto, deve realizar uma correta avaliação da ferida, classificando-a, de acordo com a sua localização e tecidos afetados, para adequar o tratamento mais indicado. Do total de traumas perineais, estima-se que entre 60-70% destes, tenham que ser corrigidos, por meio de perineorrafia. (RCOG, 2004).

Antes de iniciar o processo de sutura dever-se-á obter, sempre, o consentimento informado da mulher, assim como, informar, adequadamente, acerca de todo o processo. Deve-se, posteriormente, reunir as condições necessárias para desenvolver a técnica, nomeadamente, uma boa iluminação, uma anestesia adequada, por via loco-regional e/ou local e o material de sutura adequado a cada situação (Eidelman, Weiss, Baldwin, Enu, McNicol e Carr, 2011). No que diz respeito às lacerações de 1º grau, se houver hemostase evidente e as estruturas anatómicas permanecerem íntegras, a sutura não é necessária, a não ser, que seja um desejo da mulher (Premkumar, 2005).

Por forma a facilitar o processo de cicatrização, recomenda-se o uso de um fio polifilamentado de absorção rápida (Kettle e Tohill, 2011). Segundo Graça (2010 e

2017), a reparação da episiotomia e das lacerações perineais deve ser feita por planos (mucosa vaginal, músculo, tecido subcutâneo e pele). Pode, ainda, ser utilizada uma técnica de sutura contínua. Na opinião de Campos (2005) e Graça (2017), este tipo de sutura causa menor desconforto no pós-parto imediato, devendo ser utilizada na reparação da episiotomia e das lacerações de 2º grau. Sempre que necessário dever-se-á proceder à inspeção retal, a fim de excluir a penetração de fio de sutura na mucosa retal (Stevenson, 2010). No que diz respeito à reparação de lacerações do 3º e 4º graus, estas devem ser realizadas por profissionais experientes, afim de minimizar a morbidade associada a estas lesões (RCOG, 2007).

No pós-parto dever-se-á proceder à aplicação de gelo durante 10-20' de intervalo durante 24 a 72h (Leventhal, Oliveira, Nobre e Silva, 2011). Caso haja dor moderada a severa, deverá ser oferecida analgesia com anti-inflamatórios não esteróides (AINE) ou paracetamol, caso não haja contraindicações. Poder-se-á, também, oferecer alcalinizantes urinários, a fim de reduzir o desconforto durante a micção (Chou, Abalos, Gyte e Gulmezoglu, 2010). Nas situações de lacerações de 3º e 4º graus, à parte da analgesia, dever-se-á instituir antibioterapia profilática, a fim de reduzir o risco infeccioso (Buppasiri, Lumbiganon, Thinkhamrop e Thinkhamrop, 2010). Nestas situações, o trânsito intestinal deve ser mantido, pelo que está indicado o uso de emolientes de fezes ou laxantes, por forma a evitar deiscências da sutura (RCOG, 2007). Segundo o Queensland Clinical Guidelines (2015), o enfermeiro obstetra deve apostar na educação para o autocuidado perineal, numa ação de prevenção terciária, a fim de restituir a homeostase perineal. Assim sendo, segundo estas orientações, dever-se-á: proceder à capacitação da mulher puérpera face a uma higiene perineal adequada, alertando para os sinais de infeção e deiscência; incentivar à adoção de posições de alívio da dor e edema, assim como, de exercícios de fortalecimento muscular do períneo e uma dieta e hidratação adequadas; dever-se-á orientar, por fim, para os cuidados na comunidade, mais especificamente, a revisão pós-parto, por volta das 6 semanas.

2. METODOLOGIA PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO OBSTETRA

O processo de formação para aquisição de competências de EEESMO é complexo e obedece a um conjunto de requisitos específicos. Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MCEESMO) “as competências específicas, necessárias ao exercício profissional dos EEESMO são subjacentes aos conhecimentos e capacidades adquiridas na sua formação. E só através da aquisição destas competências (...) lhe é permitido adquirir o título de especialista (...)” (OE, 2011, p.2). No decurso do meu processo formativo, recorri a alguns métodos que operacionalizaram a aquisição de conhecimentos. Entre estes está a revisão *scoping*, a qual estive na base da PBE e na fundamentação da tomada de decisão face aos cuidados prestados.

2.1 Revisão *Scoping*

O processo de mapeamento da evidência científica necessita de ser orientado através de uma estratégia de pesquisa. A estratégia recomendada foi a revisão *scoping*. Este tipo de revisão apresenta algumas vantagens, face a outras. Através dela é possível mapear conceitos chave, sendo a sua área de pesquisa bastante abrangente (The Joanna Brigs Institute (JBI), 2017).

Qualquer revisão da literatura começa com um interesse em compreender um determinado conceito. Neste caso, o tema que me despertou especial interesse foi o trauma perineal. Assim sendo, o objetivo da revisão *scoping* que me propus realizar, foi:

Mapear a evidência científica disponível no que concerne às intervenções do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal.

2.1.1 Questão de Partida (PCC)

Por forma a direcionar a estratégia de pesquisa, elaborei uma questão de partida, que contempla a população e o conceito que procurei compreender. No que concerne ao contexto, optei por não o definir, visto o conceito se estender a um elevado número de contextos (cuidados de saúde primários, hospitalares, domiciliários, etc.).

Quais as intervenções do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal na mulher, da gravidez ao puerpério?

Descritores

População (P)	Mulheres	Women
Conceito (C)	Intervenções do enfermeiro obstetra na prevenção do trauma perineal, da gravidez ao puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Midwife, nurse midwife, midwifery, midwives, nurse midwife attitudes, obstetric nurse, perineum, • Perineal lacerations, perineal tear, perineum tears • Antenatal care, prenatal care, pregnancy, labour, labor stages, delivery, labour, birth, childbirth, postpartum, puerperium, postnatal care, prevention
Contexto (C)	Não definido	-

Quadro nº 1 - Questão de Partida (PCC)

2.1.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Por forma a restringir a estratégia de pesquisa à questão PCC que procuro responder, é necessário definir um conjunto de critérios de inclusão e exclusão:

	<i>Relacionados com os participantes</i>	<i>Relacionados com o conceito</i>
Critérios de inclusão	Mulheres grávidas ou puérperas de todas as idades, saudáveis.	Que se relacionem com a prevenção do trauma perineal durante a gravidez, parto e puerpério e cujas intervenções sejam realizadas por enfermeiros obstetras/parteiras .
Critérios de exclusão	Mulheres não grávidas, parturientes, ou puérperas, com patologia associada.	Que não obedeçam aos critérios de inclusão definidos.

Quadro nº2 - Critérios de Inclusão e Exclusão

2.1.3 Estratégia de Pesquisa

Depois de definida a questão de partida e respetivos critérios de inclusão e exclusão, dei início à pesquisa, propriamente dita. Na revisão *scoping* pretende-se realizar uma pesquisa abrangente da temática em estudo, contemplando, não só artigos publicados (estudos primários ou RSL) mas, também, a literatura cinzenta, (artigos de prática clínica e de opinião). As recomendações para a realização de uma revisão *scoping*, segundo o JBI (2017), envolve três passos. O primeiro passo prende-se por escolher, pelo menos, duas bases de dados de referência. No meu caso, optei pelas bases de dados CINAHL Plus Text, MEDLINE Full Text e Chrocan Central Register of Controlled Trials, as quais acedi por meio do site da ESEL, através da plataforma EBSCOhost Integrated Search. O segundo passo, passa por fazer uma pesquisa informal, por forma a conhecer os descritores e palavras-chave, que poderão orientar a pesquisa ao encontro da resposta à questão de partida. Optei por realizar várias pesquisas, até encontrar os descritores ideais. Por fim, o terceiro passo, diz respeito à realização da pesquisa final, a qual realizei de 15 a 25 de março do ano corrente.

Por forma a orientar a pesquisa de acordo com os meus interesses, defini alguns limitadores de pesquisa: artigos de 2015-2018, *abstract* disponível e artigos indexados à língua inglesa e portuguesa. No que concerne ao enquadramento temporal, optei por pesquisar apenas artigos dos últimos 3 anos. O trauma perineal é um tema que tem sido amplamente discutido nos últimos anos, pelo que me interessa conhecer o que há de novo, a fim de constituir um ganho, não só para a minha prática clínica, como para a daqueles que me rodeiam. Ter o *abstract* disponível é essencial para que seja realizada uma triagem adequada dos artigos e por fim, no que concerne aos idiomas selecionados (português e inglês), a sua escolha relacionou-se com o grau de domínio das mesmas.

A pesquisa foi realizada em função do conceito e população definidos. Assim sendo, comecei por dividir o conceito em três grupos de descritores: enfermeiro obstetra, trauma perineal e cuidados da gravidez ao puerpério. Os vários descritores foram pesquisados na sua forma natural e indexada, salientando o facto, da indexação variar consoante a base utilizada. De seguida, combinei os vários descritores de cada grupo com o operador booleano “OR”. O resultado final de cada grupo foi, posteriormente, combinado com o operador booleano “AND”, formulando, assim, o

conceito da questão de pesquisa. De seguida, combinei o resultado obtido da pesquisa do conceito com o resultado da população, através do operador “AND”. Por fim, apliquei os limitadores de pesquisa já descritos, obtendo o número de artigos que foram sujeitos a triagem. Os diagramas apresentados no apêndice II, traduzem de forma clara e objetiva o processo de pesquisa.

Após a pesquisa formal nas bases de dados de referência, optei por alargar a estratégia de pesquisa a outras bases de dados e motores de busca, mais especificamente, no Google Académico e nas bases de dados Sielo Brasil e Elsevier. Esta pesquisa mais informal, permitiu-me aceder à literatura cinzenta disponível, complementando a pesquisa anteriormente realizada e assim constituir uma base válida, para a minha prática clínica durante o ER. Esta pesquisa decorreu no período de 15 a 20 de abril do ano corrente, tendo conseguido obter 8 artigos. No apêndice III está apresentado o diagrama prisma da revisão *scoping*, a qual contempla a triagem realizada, no sentido de eliminar artigos repetidos, artigos que não cumpram os critérios de inclusão e os que não estejam na sua forma integral. No final, foram selecionados um total de 15 artigos.

2.1.4 Resultados da Pesquisa

Uma vez selecionados os artigos, capazes de responder à questão de partida, torna-se essencial, extrair de cada um deles a informação relevante, de forma concisa e objetiva. Mais uma vez, seguindo as orientações do JBI (2017), a extração dos dados foi realizada através de um instrumento apropriado para o efeito, o qual contempla o título do artigo, os autores, o ano, os participantes, a metodologia utilizada, os resultados e as conclusões obtidas. No apêndice IV estão apresentados os quadros de extração dos resultados, dos 15 artigos encontrados. Destes 15 artigos, dez são estudos primários, três são RSL e os restantes 2, são artigos de opinião da prática clínica.

As conclusões de cada artigo, que estiveram na base da minha prática clínica durante o ER, estão descritas no apêndice V, estando organizadas em função da teoria de Neuman.

2.2 A Prática Baseada na Evidência (PBE)

A PBE foi um dos princípios básicos da prática clínica adotada durante o ER, sendo essencial compreender o seu significado e importância.

A enfermagem tem crescido como disciplina nas últimas décadas, sendo que a investigação contribuiu ativamente para esse desenvolvimento. Os seus profissionais buscam crescentemente fundamentação científica para a sua prática clínica, na ânsia de obter uma atitude de excelência na prestação de cuidados ao outro, ao mesmo tempo, que contribuem para o desenvolvimento da enfermagem como profissão. Esta premissa é defendida por Pearson (2005), referindo que os profissionais de saúde procuram a evidência para comprovar e justificar o valor das suas práticas diárias.

Mas o que é, afinal, considerado evidência? Para French (1999), a evidência consiste na verdade, no conhecimento e na informação relevante, que confirme ou refute uma crença. Neste role, incluem-se os resultados de investigação primária, as revisões sistemáticas e as metanálises. Neste sentido, à melhor evidência corresponde a investigação clínica relevante, especialmente aquela que é centrada no cliente (French, 1999).

Para Pedrolo (2009), à melhor evidência corresponde uma pesquisa clínica relevante, focada no cliente, no sentido de aprimorar a prevenção, as medidas de diagnóstico, os indicadores de prognóstico, de tratamento e de reabilitação. Desta feita, a PBE não é, mais do que, uma prática de cuidados, baseada em premissas clinicamente fundamentadas e comprovadas, por meio de estudos validados (Pedrolo, 2009). Segundo, Sackett, Strauss, Richard, Rosenberg e Haynes (2000, p. 1) a PBE contempla: “(...) a integração da melhor evidência pela investigação com a competência clínica e os valores do doente”. Já Pereira, Cardoso, Martins, Santos, Figueiredo e Carneiro (2015), uma PBE vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, sendo que alicerça a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde. A Ordem dos Enfermeiros (2001), corrobora esta afirmação, referindo que a elaboração de planos de cuidados baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Assim sendo, a primeira RSL e a mais recente revisão *scoping* realizadas, estiveram, ambas, na base da construção de um instrumento de interação de cuidados. Este instrumento (apêndice VI), contempla a informação pertinente acerca da mulher,

no sentido de avaliar o risco para a ocorrência de trauma perineal. Através desta recolha de informação, tive oportunidade de compreender as variáveis fisiológicas e *stressores* intrapessoais presentes e como a linha flexível de defesa se relaciona com a linha normal de defesa. O instrumento contempla, também, os cuidados prestados durante o trabalho de parto, assim como os *stressores* inter e extrapessoais capazes de influenciar a ocorrência de trauma perineal. Contempla, por fim, a continuidade de cuidados realizada no serviço de puerpério e no domicílio.

A pesquisa da evidência efetuada, para além de ter constituído a base da minha prestação de cuidados, considerei pertinente, partilhá-la com a equipa, onde estive inserida no decorrer do ER. Assim sendo, comecei por elaborar um instrumento de diagnóstico de necessidades (apêndice VII), pedindo a 10 enfermeiros obstetras que o preenchessem. Desta forma, consegui compreender a necessidade de uma ação de formação relacionada com o tema em estudo. Todos os enfermeiros referiram achar pertinente uma ação de formação nesse âmbito. Deste diagnóstico, compreendi, também, não haver consenso, no que concerne à classificação das lacerações e à própria anatomia do períneo, o que corrobora os argumentos emanados pelo RCM (2012). Desta feita, o objetivo desta ação de formação, prendeu-se com a partilha da evidência encontrada (apêndice V), relativa à prevenção do trauma perineal, levando os profissionais a refletir acerca do assunto, contribuindo, desta forma, para uma mudança na cultura de cuidados e melhoria do exercício profissional.

2.3 Implicações Éticas

A profissão de enfermagem tem agregada a si uma componente ética extremamente forte. Quando se assume o cuidado ao outro, é de extrema importância colocarmos os seus melhores interesses acima de qualquer crença ou valores individuais. Por tudo isto, a profissão de enfermagem é regida por um código deontológico, que deve ser, religiosamente, cumprido pelos seus profissionais. Em contexto de aprendizagem, o cuidado em seguir estas orientações, deve ser redobrado.

Desde o início deste processo formativo, que assumi os valores universais na relação profissional², promovendo a igualdade, a liberdade responsável, a capacidade de escolha, sendo cumpridora da verdade e da justiça, adotando atitudes de altruísmo

² Princípios gerais do Artigo 78.º, SECÇÃO II, **Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009)**

e solidariedade. Segui os princípios orientadores da profissão³, assumindo a responsabilidade inerente ao papel representado perante a sociedade, mantendo o respeito pelos direitos humanos na relação com o outro, sempre na procura da excelência do exercício profissional e na relação com os outros profissionais.

O ser humano nasce do parto. O processo de nascimento é das poucas experiências que o ser humano mantém nos dias de hoje, como sendo intrínseca e natural à sua espécie. Porém, a forma como se nasce tem sofrido profundas alterações. Deixou-se de parir em casa, em posições verticalizadas, para parir em litotomia, numa cama de hospital. Durante várias décadas, quíçá séculos, as mulheres deixaram o conforto do seu lar e a sua família, para se submeterem, sozinhas, ao parto, de uma forma estandardizada, pouco sensível às suas escolhas individuais. Felizmente, nos últimos anos, muito mudou, graças aos contributos éticos e deontológicos que regem as profissões da área da saúde, nomeadamente a de enfermagem. As mulheres deixam, hoje, o conforto do seu lar, mas trazem consigo a sua família, para estarem num ambiente confortável, no qual, as suas escolhas são consideradas como primordiais.

No decorrer deste estágio e dos EC anteriores, tive sempre em mente os princípios, pelos quais a profissão se rege. Desde o cuidado direto aos clientes, à elaboração dos relatórios críticos de atividades, jornais de aprendizagem ao presente relatório, foi mandatório, manter-me fiel aos princípios e valores emanados pela OE, sempre no intuito de prestar os melhores cuidados de enfermagem, respeitando o princípio da beneficência, “o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício” (OE – Conselho Jurisdicional, 2015, p.60).

De uma forma geral, durante este percurso de aprendizagem, predispus-me a cuidar da mulher e família sem qualquer discriminação, abstendo-me de juízos de valor (artigo 81º “Dos valores humanos” - OE, 2009). Orientei a mulher e família para profissionais mais diferenciados, quando as situações ultrapassaram as minhas competências, assegurando a continuidade dos cuidados (artigo 83º “Do direito ao cuidado” - OE, 2009). Informei a díade no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitando e promovendo o seu direito ao consentimento informado, atendendo a todos os seus pedidos de informação (artigo 84.º “Do dever de informação” - OE, 2009). Considerei confidencial toda a informação relativa à mulher e família, partilhando a

³ Princípios gerais do Artigo 78.º SECÇÃO II, **Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009)**

informação pertinente apenas com aqueles que estiveram implicados no seu plano terapêutico. (artigo 85º “Do dever do sigilo” - OE, 2009). Respeitei a intimidade da mulher, protegendo-a da ingerência da sua vida privada e da sua família (artigo 86.º “Do respeito pela intimidade” - OE, 2009).

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA

Conforme já referido, este foi um processo formativo longo e complexo. Este capítulo será, por isso, dedicado à reflexão do processo de aprendizagem efetuado, assim como, a revisão dos objetivos delineados no projeto inicial. Optei por dividir esta análise reflexiva de acordo com as competências que me propus adquirir. Em cada um dos subcapítulos irei partilhar e analisar, à luz do modelo de sistemas de Neuman, as situações vividas durante o estágio, incorporando os contributos dos EC anteriores, a opinião de autores de referência e a evidência científica, resultante da revisão da literatura elaborada.

3.1 Cuidar da Mulher e Família a Vivenciar Processos de Doença do Foro Ginecológico

Cuidar da mulher e família, que vivenciam processos de saúde/doença do foro ginecológico e que recorrem ao SUOG foi um dos objetivos que tracei e que está intimamente ligado com a competência [6] do Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG (2011). Durante o EC I tive oportunidade de reunir competências, que me permitiram atingir este objetivo.

Tive oportunidade para prestar cuidados a 14 mulheres com patologia ginecológica, em fase aguda, que recorreram ao SUOG.

Após a inscrição administrativa na urgência, o primeiro contacto com as mulheres dava-se durante a triagem. No serviço onde decorreu o meu estágio é realizada a triagem de Manchester. Segundo o Grupo Português de Triagem (2015), este método não pretende definir um diagnóstico, mas antes, uma prioridade clínica, baseada na identificação de problemas.

Posto isto, começava por me apresentar à mulher/família, questionando o seu motivo de ida à urgência, tentando identificar o tipo de *stressor*, que afetava o seu sistema. A maior parte das queixas que tive oportunidade de testemunhar, foram na sua grande maioria situações de metrorragias. Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2001), considera-se metrorragia, uma perda sanguínea vaginal, fora do período menstrual. São diversas as causas de metrorragias, podendo ir de patologias endometriais (pólipos, miomas e espessamentos), patologias não ginecológicas (p. ex.

alterações de coagulação), a situações sem patologia orgânica identificável, considerando-se uma disfunção endometrial ou ovulatória.

De seguida, realizava uma avaliação das suas variáveis, nomeadamente a fisiológica, psicológica e sociocultural, por forma a realizar o processo de triagem. Selecionava o fluxograma adequado à situação, registando os sinais e sintomas apresentados e os parâmetros vitais avaliados [tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e temperatura]. Uma vez realizada a triagem, atribuía uma pulseira com a cor de prioridade obtida. De seguida, as mulheres aguardavam na sala de espera pela observação médica.

Uma vez realizada a observação médica, tive oportunidade para prestar cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades identificadas, assegurando um atendimento eficiente e humanizado⁴. Sempre que necessário, encaminhei para a realização de exames complementares de diagnóstico (ECD) e promovi o acompanhamento da mulher, por uma pessoa significativa, durante a sua permanência no SUOG.

Houve uma situação que me marcou, particularmente. Tratou-se de uma jovem de 31 anos que recorreu ao SUOG por queixas de metrorragias, associadas a um carcinoma do colo do útero. No ECI tive a perceção da elevada incidência do HPV e como este afeta, sobretudo, mulheres em idade jovem. Essa razão prende-se, pelo facto, de haver maior troca de parceiros e por conseguinte, maior exposição ao vírus. Segundo O'Reilly, Bottomley e Rymer (2008), 10% das mulheres são portadoras de HPV, sendo que 30-40% destas mulheres, apresentam uma linha flexível de defesa, incapaz de bloquear o *stressor* (vírus), pelo que este acaba por penetrar na linha normal de defesa, desenvolvendo uma neoplasia intraepitelial cervical (CIN). Uma vez penetrada a linha normal de defesa, se as linhas de resistência não condicionarem uma resposta adequada por parte do sistema/cliente ao *stressor*, as mulheres acabam por desenvolver carcinoma cervical.

Na necessidade de internamento, realizava o acolhimento e iniciava o processo de enfermagem, através do sistema S-Clínico, elaborando diagnósticos de enfermagem. De seguida, contactava, telefonicamente, a equipa de enfermagem do internamento e transmitia a história clínica da cliente. Por fim, delegava a sua transferência à equipa de assistentes operacionais.

⁴ H6.1. Promove a saúde ginecológica da mulher

No caso das clientes terem alta, foram várias as vezes que encaminhei para os recursos da comunidade, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, numa ótica de retomar a sua homeostase, numa perspetiva de prevenção terciária.

Em suma, apesar das oportunidades de prestar cuidados no SUOG não terem sido muitas, considero que consegui atingir o primeiro objetivo traçado, alcançando os resultados esperados. Prestei cuidados de enfermagem de qualidade, holísticos e individualizados à mulher/família, estabelecendo consigo uma relação terapêutica ideal, promovendo privacidade e confidencialidade, essências para o seu bem-estar físico, psíquico e emocional. Promovi, por fim, a articulação dos cuidados com a equipa multidisciplinar e a continuidade dos cuidados.

3.2 Cuidar da Mulher, Feto e Família Durante o Período Pré-natal

Cuidar da grávida, feto e família, que vivenciam risco pré-natal, em contexto de SUOG foi outro dos objetivos, que me propus alcançar no decorrer deste estágio e que está intimamente ligado à competência [2] do Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG (2011) e com as competências nº1, 2 e 3 da ICM (2013)

A sala de partos onde tive oportunidade de realizar o presente estágio, para além, de admitir mulheres em fase latente e ativa do trabalho de parto, admite, também, grávidas a vivenciar processos de risco pré-natal, em fase aguda e que necessitem de estabilização, até serem transferidas para o serviço de internamento. O EC IV ali realizado, contribuiu, em muito, para a aquisição de competências, no diz respeito ao cuidado da mulher grávida a vivenciar risco pré-natal.

Em contexto de SUOG tive oportunidade para prestar cuidados a 21 grávidas. Na triagem, começava por identificar as queixas apresentadas (*stressores* negativos), realizando uma avaliação sumária das suas variáveis individuais. As queixas, que atuam como *stressores* negativos e que trazem as grávidas ao serviço de urgência, são diversas. No 1º trimestre de gravidez, as queixas mais observadas foram as perdas hemáticas e as queixas eméticas. No 2º trimestre de gravidez, as queixas relacionavam-se com a presença de contratilidade ou diminuição dos movimentos fetais. No 3º trimestre, a maior parte das queixas, relacionavam-se com ameaças de parto pré-termo (APPT), rotura prematura de membranas (RPM) e fases latentes e ativas de TP. As grávidas quando se dirigem ao serviço de urgência, vêm, maioritariamente, ansiosas. As estratégias de comunicação e entrevista são, por isso,

determinantes neste contexto. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), “é fundamental estabelecer uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a grávida/casal de modo a facilitar a expressão de ideias, expectativas, fantasias, sentimentos (...)” (DGS, 2015a, p.34).

De seguida, confirmava a idade gestacional, identificando a vigilância pré-natal efetuada e as intercorrências surgidas, através de informação fornecida pela cliente e pela consulta do seu boletim de saúde da grávida (BSG). Uma vez reunida a informação necessária, realizava uma avaliação do bem-estar materno-fetal, através da avaliação das suas variáveis fisiológicas, nomeadamente os sinais vitais e caso a gestação fosse superior a 20 semanas, procedia à auscultação dos batimentos cardio-fetais. Caso se tratasse de um início de TP de termo, realizava o toque vaginal, a fim de avaliar as características do colo uterino, descida da apresentação fetal e integridade das membranas. Foi extremamente útil esta experiência, pois permitiu-me identificar as diferenças anatómicas do colo, entre a fase latente e a fase ativa do TP.

Após a conclusão da triagem e a atribuição de um grau de prioridade, encaminhava a cliente para a consulta médica, ou diretamente para a monitorização cardiotocográfica (CTG), a fim de avaliar o bem-estar fetal, através da avaliação da variabilidade da frequência cardíaca fetal (FCF), a FCF basal, a presença de acelerações e/ou desacelerações e, ainda, a existência de dinâmica uterina. De seguida, prestava cuidados, de acordo com as necessidades identificadas, promovendo o acompanhamento da grávida, por uma pessoa significativa, durante a sua permanência no SUOG. Desta feita, fortalecia a sua variável psicológica e por conseguinte, a linha flexível de defesa, cumprindo o pressuposto definido pela DGS (2015b, p.34) “na vigilância pré-natal deve ser promovida a participação do outro progenitor, salvo impossibilidade ou oposição por parte da grávida”.

Nas situações de início de TP ativo, ou situações de patologia grave, em que havia penetração da linha normal de defesa (APPT, pré-eclâmpsia, perda hemática no 2º e 3º trimestre e suspeita de sofrimento fetal) as grávidas eram encaminhadas diretamente para o bloco de partos. Nos casos menos graves, mas que, ainda assim, necessitavam de vigilância (RPM e fase latente do TP) eram internadas no serviço de medicina materno-fetal. À semelhança do que acontecia nos internamentos de ginecologia, também aqui iniciava o processo de internamento, através do programa S-Clínico e passava a informação telefonicamente à equipa de enfermagem do internamento, a fim de promover a adequada continuidade dos cuidados.

Caso, as mulheres tivessem alta para o domicílio, encaminhava-as para os recursos da comunidade e promovia o fortalecimento da linha flexível de defesa, na medida em que promovia a sua capacitação para identificar os sinais de alerta, para regressar ao SUOG (contrações dolorosas, de intensidade e frequência crescentes, rotura de membranas, presença de hemorragia, diminuição dos movimentos fetais e sinais de mal-estar, por ex. cefaleias, HTA, escotomas etc.)⁵.

Posso concluir que cumpri com sucesso o objetivo traçado. Cuidei da mulher/família no período pré-natal, através de um cuidado especializado, holístico e individualizado, estabelecendo uma relação terapêutica, baseada na confiança. Diagnostiquei, precocemente, complicações, atuando em conformidade, referenciando as situações que extrapolaram as minhas competências, para a equipa multidisciplinar. Promovi, por fim, a continuidade dos cuidados, registando e transmitindo, adequadamente, todos os cuidados prestados.

3.3 Cuidar da Mulher, Feto e Família nos 4 Estádios do Trabalho de Parto

Cuidar da mulher, feto e família nos 4 estádios de trabalho de parto, em contexto de sala de partos, promovendo uma transição para a parentalidade saudável foi outro dos objetivos, que me propus alcançar no decorrer deste estágio e que está associado à competência [3] do Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG (2011) e com as competências nº4, 5 da ICM (2013).

Tive oportunidade de cuidar de 73 mulheres em trabalho de parto, das quais 47 experienciaram um parto eutócico, assistido por mim.

Antes de iniciar a análise da prática clínica, interessa, começar por esclarecer o conceito de parto eutócico. Assim sendo, parto eutócico, ou parto normal é designado, como sendo:

parto de início espontâneo, de baixo risco (...) em que a criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas (...) de gravidez em que depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição [OMS, citada pelo International Council of Nurses (ICN) e Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010, p.6].

O parto, ou trabalho de parto caracteriza-se como sendo um conjunto de fenómenos fisiológicas, que conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do

⁵ H2.2.1. Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.

colo do útero e à descida do feto no canal de parto, até à sua expulsão (Machado e Graça, 2017). Ele está dividido em quatro estádios, sendo que o primeiro, pode dividir-se em duas fases (latente e ativa). Segundo a WHO (2018), a fase latente do 1º estágio do TP, caracteriza-se pela existência de contrações dolorosas, com alterações variáveis do colo uterino, com algum grau de apagamento e progressão lenta da dilatação, até aos 5 cm. Segundo o The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2014), a fase latente tem um período variável, assumindo-se o seu período máximo de 20 horas para as nulíparas e 14h para as múltiparas. Ainda segundo as novas orientações da WHO (2018), as mulheres devem ser informadas de que não existe um período de tempo definido para a duração da fase latente, podendo variar de mulher para mulher. Por seu lado, a fase ativa, caracteriza-se pela existência de contrações dolorosas regulares, com apagamento cervical significativo e progressão mais rápida da dilatação, dos 5 cm à dilatação completa (WHO, 2018).

1º estágio do TP

A maioria das mulheres em TP a quem tive oportunidade de prestar cuidados, foram assistidas desde o 1º estágio do TP. Este estágio é considerado o período que, vai desde o aparecimento de contrações regulares, à dilatação completa do colo uterino (Prada e Rafael, 2017).

A minha prestação de cuidados à mulher/família começava pela consulta do seu processo. Conhecia as suas variáveis fisiológicas (antecedentes pessoais, familiares, hábitos aditivos e alergias) e as suas variáveis de desenvolvimento (a história da gravidez atual, o índice obstétrico e a história de gravidezes anteriores). Conferia a idade gestacional, a atualização e resultados das serologias do 3º trimestre e a pesquisa vaginal e retal de estreptococos β hemolítico, do grupo B (STB). Apurava o grupo de sangue da parturiente e no caso de se tratar de um grupo de sangue negativo, consultava o resultado do teste de *Coombs* indireto e conferia a administração da Imunoglobulina Anti D, após as 28 semanas de gestação. Consultava no partograma a existência de bolsa amniótica rota (BAR), avaliando, ainda, a evolução do TP. O partograma é um importante instrumento, no que concerne à avaliação da progressão do TP. A curva de dilatação e descida da apresentação, quando comparadas com a curva de Friedman, facilita a identificação de desvios (Prada e Rafael, 2017). Posto isto, dirigia-me à sala de partos e apresentava-me à parturiente e à sua pessoa significativa, que era, na maior parte das vezes, o companheiro. Sempre considerei

este primeiro contacto com a mulher/família, como determinante para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança. Neste momento validava as suas expectativas face ao parto, apurava a sua participação em cursos de preparação para a parentalidade (CPP) e a existência de um plano de parto. Apenas uma minoria das mulheres, que acompanhei, participou num CPP (27%). A maioria das parturientes referiram não terem tido vaga disponível nos cursos ministrados pelos cuidados de saúde primários. A evidência atual é unânime quanto aos benefícios que os CPP proporcionam. As mulheres sujeitas a aulas teóricas com informação sobre a gravidez e aulas práticas centradas nas técnicas de combate à ansiedade, revelam maior controle durante o parto e diminuição de ansiedade nas últimas semanas da gravidez, bem como no decurso de todo o TP [Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) e Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), 2009]. Pode-se, por isso, concluir, que as mulheres que se preparam para o parto, reforçam a sua linha flexível de defesa, afastando-se da linha normal de defesa, ficando mais capacitadas para lidar com os *stressores* negativos presentes no parto.

Durante o EC III, tive oportunidade de orientar duas sessões no CPP, relativamente à prevenção perineal e que se encontra no apêndice VIII. Esta foi uma experiência bastante interessante, que há muito, desejava realizar. As parturientes que assistiram às ações, também elas, revelaram-se bastante interessadas, retribuindo com um *feedback* muito positivo.

No que concerne à prevenção primária, relacionada com o trauma perineal, apenas 4% das mulheres assistidas realizou massagem perineal e 13% realizou exercícios do pavimento pélvico. Segundo a RSL realizada por Rocha e Zamberlan (2018) a utilização do dispositivo *Epi-No* (balão que é insuflado, progressivamente, durante o período pré-natal, for forma a flexibilizar os músculos perineais), ainda não é consensual entre a comunidade científica. No caso das grávidas por mim assistidas, quando questionadas sobre a sua utilização, nenhuma conheci, sequer a sua existência.

Foram, também, raras as parturientes que se fizeram acompanhar de um plano de parto. O plano de parto é um instrumento, que atua como *stressor* interpessoal positivo, na medida em que permite ao casal assumir a responsabilidade das suas escolhas, procurando as condições ideais, para que vivam o processo de parto em pleno e o guardem na sua memória, vivido de modo prazeroso e feliz. Apesar do plano de parto ser um instrumento amplamente divulgado nos serviços de saúde, ainda não

há legislação que o regule. Este ano o atual governo elaborou um projeto de lei, no que diz respeito ao plano de nascimento, mas exclusivamente, para os partos de baixo risco, o qual aguarda, ainda, discussão em plenário.

O facto das mulheres não se fazerem acompanhar de um plano de parto, isso não constituiu impedimento, para questioná-las face às suas expetativas e desejos relativos àquele momento, que tem, tanto de especial, como de exigente. Quando questionava as mulheres acerca do que tinham pensado para os seus partos, muitas referiam não ter pensado em nada, deixando-se levar pelo momento⁶.

A orientação do trabalho de parto é um trabalho que exige paciência, perícia e raciocínio lógico. O enfermeiro obstetra gere, em simultâneo, as variáveis fisiológicas e psicológicas, da mulher, em consonância com a sua variável sociocultural. Por outras palavras, avalia o bem-estar materno-fetal, responde às expectativas da mulher/família, atenuando os seus medos, gerindo, ainda, o surgimento de *stressores* inter e intrapessoais negativos, nomeadamente a dor, num ambiente de intimidade e conforto.

Uma vez realizadas as apresentações e validadas as expectativas, iniciava a avaliação do bem-estar materno-fetal. Segundo a WHO (2018), o bem-estar materno-fetal implica a monitorização fetal intermitente ou continua, externa ou interna, a avaliação do líquido amniótico e a avaliação das necessidades emocionais e físicas da mãe. Começava, então, por avaliar os sinais vitais da parturiente, nomeadamente, a monitorização da dor, através da escala numérica da dor, a TA, a FC e a temperatura timpânica. Segundo Cunningham (2010), a avaliação destes sinais vitais deve ser realizada de 4/4, por forma a diagnosticar precocemente desvios da normalidade. Na minha experiência clínica, acabava por avaliar de 2/2h, visto a maioria das mulheres estar sob analgesia epidural, que atua como um *stressor* negativo sobre o seu padrão hemodinâmico, conforme especificarei mais à frente.

De seguida, consultava o CTG e avaliava a frequência cardíaca fetal basal, a sua variabilidade e a presença de acelerações ou desacelerações⁷, categorizando-o segundo a ACOG (2009). Esta classificação define 3 categorias de CTG. Na categoria I enquadra-se um CTG normal. Na categoria II, o CTG é considerado indeterminado, existindo alterações, não preditivas de sofrimento fetal, exigindo, porém, monitorização

⁶ H3.1.1. Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.

⁷ H3.1.2. Garante um ambiente seguro durante o TP.

e vigilância contínuas. Na categoria III, estão incluídos os CTG que revelam alterações do bem-estar fetal, e que exigem intervenção urgente (ACOG, 2009).

Caso, a parturiente manifestasse dor, avaliava a evolução do TP. Esta avaliação é, sobretudo, realizada através da avaliação cervical, através do toque vaginal⁸. Segundo as recomendações da WHO (2018), a avaliação cervical deverá ser realizada por rotina, respeitando um intervalo de 4h, para mulheres de baixo risco. Quando iniciei o ER, a minha experiência na avaliação cervical era, praticamente nula, tendo manifestado alguma dificuldade no início. Com o desenrolar do estágio fui adquirindo, progressivamente, competências ao nível desta técnica, atingindo um bom nível de competência na sua execução no final do estágio.

Existem, porém, métodos, não invasivos, que apresentam fiabilidade no que concerne à avaliação da progressão do TP, os quais, também, adotei durante o ER. São exemplo disso, a palpação abdominal, a deslocação do transdutor da FCF, o comportamento e a respiração da mulher e o aumento das secreções vaginais (APEO e FAME, 2009).

Existem, ainda, outros métodos, mas ainda, pouco validados e que, também, tive oportunidade de observar. É o caso da avaliação da “linha púrpura” e o losango de Michaelis. A primeira surge na região perianal e à medida que a dilatação progride, a linha avança para a fissura interglútea, em direção à junção sacrococcígea. Quando a apresentação fetal se insinua na pelve materna, a linha vai adquirindo um tom descolorado (Narchi, Camargo, Salim, Menezes e Bertolino, 2011) (Anexo V). Este é um fenómeno pouco comum, que não acomete todas as mulheres, sendo que apenas a observei por uma única vez. O “losango de Michaelis”, é o nome designado à região localizada na parte inferior do dorso, constituído pelo cóccix, espinhas ilíacas e últimas vértebras lombares. Esta estrutura fica saliente durante a progressão do TP, empurrando lateralmente as asas dos ossos ilíacos da pelve materna, proporcionando um aumento do diâmetro pélvico (Hobbs, 1998) (Anexo VI).

Durante a avaliação cervical, aproveitava para avaliar as variáveis fisiológicas no que concerne às características do períneo, nomeadamente, o seu grau de distensibilidade, e o comprimento do corpo do períneo. Apenas 5 mulheres apresentaram períneo pouco distensível e 4 mulheres apresentaram um corpo do períneo inferior a 3,5cm. Estas variáveis, segundo a evidência científica, atuam como

⁸ H.3.2.1. Identifica e monitoriza trabalho de parto.

stressor intrapessoal negativo, no que diz respeito ao trauma perineal. Segundo Lane, Chung, Yandell, Kuehl e Larsen (2017), um comprimento do corpo do períneo inferior a 3,5 cm aumenta o risco de lacerações de 3º e 4º graus.

Por esta altura, questionava as parturientes múltiparas acerca dos partos anteriores (variável de desenvolvimento), sobretudo no que diz respeito ao trauma perineal (*stressor* negativo). Das 26 mulheres múltiparas assistidas, 24 tinham história de trauma perineal, sendo que a maioria (14) havia sido submetida a episiotomia. Mais à frente, apresentarei os resultados desta avaliação e a forma como influenciou a ocorrência do trauma perineal.

Independentemente da paridade, a dor no trabalho de parto, é sem dúvida, o maior medo das mulheres, constituindo o *stressor* intrapessoal mais temido, capaz de influenciar, negativamente, a linha normal de defesa da mulher. Cabe ao enfermeiro obstetra, o dever de informar, que a dor é fisiológica, sendo parte integrante do trabalho de parto. Segundo Bismarck “a dor é uma componente do trabalho de parto (...) variável nas suas dimensões sensoriais e afetivas. O seu grau é, também, variável de acordo com as características de cada mulher e do próprio trabalho de parto (...)” (Bismarck, 2003, p.6).

A dor do TP pode ser dividida em três tipos. O primeiro tipo de dor relaciona-se com o período de apagamento e dilatação do colo uterino, durante o 1º estágio do TP. Esta é considerada uma dor visceral, localizando-se sobre a porção inferior do abdómen, irradiando para a região lombar. Durante o segundo estágio, a mulher sente uma dor somática ou perineal, resultando do estiramento dos tecidos do mesmo. No quarto estágio, a dor é semelhante à experienciada na fase de dilatação, estando relacionada com a involução uterina, podendo, ainda, surgir uma sensação de desconforto ou ardor perineal, devido à distensão e laceração dos tecidos. (Lowdermilk e Perry, 2008).

Antes de aplicar qualquer medida farmacológica ou não farmacológica é essencial avaliar a dor sentida. A OE (2010), recomenda uma compreensão do tipo de dor sentida, do padrão comportamental da resposta à dor de cada parturiente e as suas expectativas, devendo-se informar dos riscos e benefícios dos vários métodos de alívio da dor.

A todas as mulheres que assisti no início do TP, questionei-as acerca das suas intenções no que concerne às estratégias de alívio da dor, informando das várias

opções existentes, assim como das suas vantagens, desvantagens, riscos e complicações⁹.

Cerca de 90% das mulheres a quem prestei cuidados durante o TP, optaram por realizar analgesia loco-regional, quer por via epidural, quer por via sequencial. Esta última é, geralmente, preterida em relação à epidural, sendo maioritariamente usada em fases latentes do TP. A técnica de analgesia epidural, é realizada mediante a colocação de um cateter no espaço intervertebral lombar, entre a L2 e a L5, injetando-se um anestésico local, associado, ou não, a um opiáceo. (Brown, 2000). Os efeitos secundários mais comuns são a hipotensão, cefaleias, prurido, retenção urinária, tremores, náuseas e vômitos (Martins, Marques e Tomé, 2002). Numa perspetiva concetual, os efeitos secundários, provocados pela analgesia epidural, atuam como *stressores* intrapessoais negativos, que atuam sobre a variável fisiológica do sistema/cliente. Considero que a maior desvantagem da analgesia epidural, relaciona-se pela forma, como pode influenciar, negativamente, o TP. Da minha experiência durante este estágio, observei que a analgesia epidural, para além de bloquear a dor, bloqueia, também, a dinâmica uterina, atuando como um *stressor* interpessoal negativo sobre o TP, levando, frequentemente à administração de oxitocina sintética, por forma a promover a dinâmica uterina, necessária à sua progressão.

A maior vantagem da analgesia epidural, prende-se pela eficácia com que alivia a dor, na maioria das mulheres. Por outras palavras, ela reforça a linha normal de defesa do sistema/cliente, restabelecendo a sua homeostase com o ambiente.

Quando as mulheres se decidiam pela analgesia epidural, facultava-lhes o documento de consentimento informado e esclarecido, no que concerne à técnica e riscos associados, para que o lessem e assinassem. Esclarecia, também, quaisquer dúvidas que pudessem, ainda, existir após a sua leitura. Colaborava, por fim, com o anestesista na execução da técnica¹⁰, monitorizando atentamente o surgimento de efeitos secundários, após a realização da mesma.

Tendo em conta estes resultados, questiono-me: será que, hoje em dia, as mulheres não conseguem lidar com a dor do parto? As nossas mães e avós conseguiam-no, porque é que, atualmente, as mulheres têm tanta dificuldade em lidar com a dor? A minha conclusão aproxima-se à teoria de evolução de Lamarck, a “lei do

⁹ H3.1.3. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.

¹⁰ H3.1.6. Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

uso e desuso” que consistia no desenvolvimento ou atrofia de partes do corpo, de acordo com seu respetivo uso ou desuso. Sendo que as suas características seriam transmitidas, ao longo do tempo, às gerações seguintes, a designada, “lei da transmissão dos caracteres adquiridos” (Frezzatti-Junior, 2011). Desta feita, com a presença da analgesia epidural, a maioria das mulheres foi perdendo a capacidade de lidar com a dor do parto. A sua linha flexível de defesa passou a estar mais próxima da linha normal de defesa, conferindo-lhe menor capacidade para lidar com a dor.

A analgesia farmacológica não se resume, exclusivamente, à analgesia epidural, são exemplo disso, a analgesia endovenosa e a analgesia inalatória (Bismarck, 2003). Da minha experiência, a analgesia endovenosa era, sobretudo, administrada em fases latentes do TP. De todos os fármacos sistémicos para analgesia do trabalho de parto, os opióides são considerados os mais eficazes (Bismarck, 2003). Ainda segundo o mesmo autor, a Petidina é o opióide mais utilizado, em todo o mundo, como analgésico no TP, devido ao seu início de ação rápido. Os seus efeitos secundários mais comuns, que atuam como *stressores* intrapessoais sobre a variável fisiológica da mulher, são a sonolência, a hipotensão, as náuseas e os vômitos (Bismarck, 2003). No que concerne ao bem-estar fetal, ela pode provocar uma diminuição da variabilidade da FCF durante mais de uma hora (Bismarck, 2003). Por forma a colmatar o surgimento deste *stressor* negativo, aumentava a perfusão de soro glicosado ou sugeria a ingestão de sumo ou chá açucarado, incentivando, ainda, à alternância de decúbito. Ainda segundo o mesmo autor, dever-se-á ter atenção redobrada, caso o pico de ação do fármaco, coincida com o período expulsivo, visto “(...) a depressão respiratória do RN ser máxima, se o período expulsivo ocorrer 2 a 3h após a última administração (...)” (Bismarck, 2003, p.13).

A analgesia inalatória é uma opção, ainda, pouco utilizada em Portugal. Ela consiste na autoadministração de um gás, composto por 50% protóxido de azoto e 50% de oxigénio. O alívio da dor é apenas parcial, porém, por ser, praticamente, destituída de efeitos adversos, quer para a mãe, quer para o feto, oferece uma alternativa válida à analgesia com opióides (Bismarck, 2003). Durante o meu estágio, proporcionei esta analgesia a quatro parturientes. As mulheres referiram pouco alívio da dor, sendo que duas delas, acabaram por realizar analgesia epidural. Posso, portanto, concluir, que apesar deste tipo de analgesia não aparentar provocar *stressores* negativos, ela não atua eficazmente sobre a dor, falhando a prevenção secundária, na qual se procura o equilíbrio do sistema/cliente com o ambiente.

Tem-se assistido nos últimos anos, a um regresso, gradual, por parte da sociedade, à adoção de estilos de vida e alimentação, cada vez, mais saudáveis e naturais. O parto não tem ficado de fora desta tendência. Assiste-se, ainda que de forma discreta, mulheres, a desafiar a sua capacidade de lidar com a dor, o que se deve, em grande parte aos CPP e à assistência proporcionada pelos enfermeiros obstetras durante o período pré-natal. As mulheres são encorajadas, motivadas e orientadas, através de diversas técnicas não farmacológicas, a lidar com a dor. Ou seja, numa perspetiva de prevenção primária, estas medidas atuam como *stressores* positivos sobre a linha flexível de defesa, afastando-se da linha normal de defesa, conferindo maior capacidade ao sistema/cliente em gerir a dor.

A OE (2014) desenvolveu o “Projeto de Maternidade com Qualidade” com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados, definido cinco indicadores: a adoção de posições não supinas durante o TP, a ingestão/hidratação durante o TP, a episiotomia seletiva, a amamentação na 1ª hora de vida e a adoção de medidas não farmacológicas de alívio da dor, durante o TP.

Durante o presente estágio, apesar da grande maioria das mulheres ter optado por analgesia farmacológica, esse facto não me dissuadiu de implementar estratégias não farmacológicas de alívio da dor. As estratégias que utilizei foram sobretudo ao nível do apoio contínuo, no incentivo de técnicas respiratórias e relaxamento, a utilização de música e da bola de Pilates e a liberdade de movimentos.

O apoio contínuo que proporcionei às parturientes, envolveu sobretudo apoio emocional e reforço positivo, no sentido de incentivar e valorizar o seu esforço. Adotei sempre, uma atitude empática¹¹, por forma a fortalecer a sua variável psicológica, contribuindo para uma sensação de bem-estar, autodeterminação e empoderamento. Segundo uma revisão efetuada por Kramer (2001), as mulheres que contaram com apoio contínuo durante o seu parto tiveram menor necessidade de recorrer a analgesia farmacológica, obtendo maior satisfação face à experiência do parto. Numa perspetiva concetual, o apoio promovido atua como *stressor* extrapessoal positivo, que capacita o sistema, a lidar com a dor.

Sempre que as mulheres começavam a ter dificuldade em gerir a dor, instruí à adoção de técnicas respiratórias. Existem várias técnicas respiratórias para o controlo da dor durante as contrações. Numa primeira fase do TP, a respiração ajuda a manter

¹¹ H3.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente incluindo conviventes significativos.

o relaxamento da musculatura abdominal e genital, facilitando a descida do feto. No segundo estágio, a respiração é benéfica para aumentar a pressão intra-abdominal e assim facilitar o período expulsivo (APEO e FAME, 2009). A dor da contração tem um carácter intermitente, pelo que, incentivei as mulheres a relaxarem, o mais possível, no seu intervalo. Foi curioso observar, que algumas mulheres conseguiam dormir entre as contrações, mesmo que os seus intervalos fossem de, apenas, breves minutos. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), as técnicas de relaxamento promovem a redução da tensão e do stresse, permitindo à parturiente repousar e conservar energias para o período expulsivo. Também, aqui as técnicas respiratórias, atuam como *stressor* interpessoal positivo sobre as variáveis psicológica e fisiológica da mulher, capacitando-a para lidar com as adversidades do parto.

Todas as salas de partos do bloco estão equipadas com aparelhagem. A todas as mulheres que acompanhei, questionei a sua pretensão em ouvir música. A maioria das mulheres esteve muito recetiva a esta medida. Recordo, sobretudo, um casal, que ao ouvir uma música que lhes era especial, emocionou-se, abraçou-se e cantaram juntos. Eu presenciei um momento de puro amor e cumplicidade, sentindo-me, verdadeiramente, privilegiada em fazer parte destes momentos tão especiais e íntimos. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), a música aumenta o relaxamento durante o TP, diminuindo o stresse e a ansiedade, ao mesmo tempo, que o seu ritmo regulariza a respiração da mulher. É importante reforçar a premissa, que a música deverá ser do agrado da mulher, dando-lhe a liberdade para fazer a sua própria seleção musical.

A liberdade de movimentos, foi outras das medidas não farmacológicas que proporcionei às mulheres durante o TP, no decurso deste ER. Segundo a APEO e FAME (2009) a evidência científica disponível, sugere que as parturientes que permanecem em posições verticalizadas no 1º estágio de TP, têm menor nível de dor, recorrendo com menor frequência à analgesia epidural. Curiosamente, observei alguma renitência, por parte das mulheres em mobilizarem-se durante o TP. Foram várias as ocasiões, em que tive de incentivar as mulheres a saírem da cama, esclarecendo-as acerca das suas vantagens.

A utilização da bola de Pilates, foi outros dos métodos a que recorri, a fim de proporcionar alívio da dor no 1º estágio do TP. Num estudo conduzido por Gallo, Santana, Marcolin e Quintana (2014), concluiu-se que a utilização da bola, produziu uma redução significativa da dor, não contribuindo, porém, para a diminuição da duração do TP.

A utilização de água quente, como alívio da dor, é provavelmente das melhores estratégias não farmacológicas de alívio da dor, comprovada por vários estudos, conforme referido pela APEO e FAME (2009). Proporcionei essa medida, apenas a três mulheres, que se encontravam em fase latente do TP. A localização do duche no serviço de urgência e não no interior do bloco de partos, acabou por limitar o seu acesso e restringir a sua utilização.

Em suma, posso considerar que os métodos de alívio da dor não farmacológicos, atuaram como *stressores* interpessoais positivos, aliviando a dor. Elas fortalecem a linha normal de defesa do sistema, proporcionando a harmonia com o ambiente, sem efeitos indesejáveis (*stressores* intra e interpessoais negativos), quer para a mulher e feto, quer para a evolução do TP

A ingestão durante o TP é hoje uma preocupação crescente dos enfermeiros obstetras. Embora, dentro da equipa multidisciplinar existam, ainda, forças opostas a esta conduta, a evidência científica atual considera segura a ingestão de líquidos claros durante o TP. A OE (2013) no seu projeto “Maternidade com Qualidade”, evoca

os líquidos por via oral podem ser oferecidos em doses moderadas durante o trabalho de parto; as parturientes consideradas de baixo risco com evolução normal do trabalho de parto podem ingerir pequenas quantidades de chá, água e sumo de frutas sem polpa (...) (OE, 2013, p.2).

Assim sendo e sempre que a mulher o desejava, oferecia água, chá, sumo sem polpa e gelatina. Apenas nas situações em que as mulheres tinham vômitos constantes, limitava a ingestão a pequenos goles de água, reportando para a equipa médica, a prescrição de antieméticos.

Quando avaliava os cuidados prestados, todas as mulheres foram perentórias em referir os benefícios da ingestão durante o TP, contribuindo para o aumento do conforto, do autocontrolo e para a diminuição da ansiedade e stress. A ingestão de líquidos cristalinos durante o TP é considerado, por isso, um *stressor* interpessoal positivo, que atua sobre a variável fisiológica e psicológica da mulher, fortalecendo a sua linha flexível de defesa, capacitando-a para lidar com os desconfortos associados ao parto.

Um dos fatores determinantes para a evolução do TP, prende-se com a eliminação vesical. O enfermeiro obstetra deve incentivar a parturiente a urinar em intervalos regulares, mais especificamente, a cada 2 horas (OMS, 2005). Deve-se ter, atenção redobrada às mulheres a quem foi administrada analgesia loco-regional, pelo risco de retenção urinária. De facto, foram várias as mulheres, a quem tive de realizar

esvaziamento vesical, por não terem sensibilidade de micção, ou seja, um *stressor* intrapessoal negativo, infligido pela analgesia epidural. É de extrema importância manter a eliminação vesical regular, não só no intuito de detetar quadros de desidratação (Néné, Batista e Marques, 2017), onde existe uma invasão da linha normal de defesa, mas sobretudo, o de possibilitar a descida da apresentação. Segundo Cunningham (2010), a descida da apresentação pode ficar condicionada, caso exista repleção vesical.

A verticalização no trabalho de parto é, amplamente, defendida e comprovada pela evidência científica. A OMS em 1996, já referia que a adoção de posições confortáveis para a mulher, especialmente, as posições verticalizadas, trazem inúmeros benefícios, sobretudo no alívio da dor, ao nível da FCF, permitindo ao feto ajustar-se melhor na bacia obstétrica (APEO e FAME, 2009). Os autores Mineiro, Rito, Cardoso e Sousa (2017) enumeram um conjunto de vantagens da verticalização no TP: a melhoria do fluxo uteroplacentário, melhor ventilação materna, maior eficiência das contrações uterinas e melhor descida da apresentação, por ação da gravidade, contribuindo para o aumento dos diâmetros da bacia.

Posso, portanto, concluir, que a verticalização atua como um *stressor* interpessoal positivo, sobre as variáveis fisiológicas da mulher, que fortalecem, por sua vez, a linha flexível de defesa. Por outras palavras, o corpo da mulher fica mais capacitado para lidar com os processos fisiológicos do parto. Desta feita, a todas as mulheres, que tive oportunidade de assistir, incentivei a liberdade de movimentos. Porém, observei que as mulheres, quando ainda não estavam analgesiadas, encontravam-se mais motivadas para a mobilização. Uma vez “caídas” na cama, foi difícil contrariar esta tendência. O cansaço e a alteração da sensibilidade dos membros inferiores, infligida pela analgesia epidural, foram as principais causas de renitência ao levante. Mais uma vez verifiquei que, os efeitos produzidos pela analgesia epidural, parecem ter atuado como *stressores* interpessoais negativos, penetrando a linha normal de defesa do sistema e alterando a sua homeostase.

Todas as salas de parto do bloco, disponibilizam de CTG *wireless*, o que facilitava, bastante, o movimento durante todo o TP. Ainda assim, foram várias as vezes, que tive de alertar para os benefícios da mobilização, sobretudo no que concerne à diminuição do período dos 1º e 2º estádios do TP.

Como se diz na gíria, não existem dois partos iguais. Tive oportunidade de participar em partos precipitados e partos prolongados, ambos desafiantes, cada um,

à sua maneira. No caso dos partos prolongados, a RPM e a analgesia loco-regional administrada na fase latente do TP, parecem ter estado na base da sua ocorrência.

Segundo a APEO e FAME (2009), a admissão de parturientes em fase latente, pode levar a um aumento do intervencionismo, pelo que deve ser evitada. Porém, a dificuldade que algumas mulheres manifestam na gestão da dor, ainda durante a fase latente do TP, faz com que as equipas médicas optem por interná-las. No caso de RPM, as mulheres ficam, obrigatoriamente, internadas, sendo que muitas acabam por iniciar ITP. Foram várias as situações de RPM, que resultaram em partos prolongados, com risco infeccioso acrescido. Segundo, Pierre, Bastos, Oquendo e Júnior (2003, p.110), “o intervalo entre a rutura das membranas e o início do trabalho de parto é denominado período de latência. Quanto mais longo for, maiores os riscos infecciosos maternos, fetais ou neonatais”.

O protocolo do serviço, prevê a monitorização do risco infeccioso, por meio de colheita de sangue para leucograma e doseamento da proteína C reativa (PCR) às 18h de BAR. A antibioterapia, com Ampicilina (caso não haja alergia à Penicilina) é iniciada, apenas se a PCR for positiva. Foram várias as mulheres que assisti e que desenvolveram febre intraparto. Uma delas acabou, inclusive, por desenvolver um processo de corionamnionite. Segundo Fahey (2008), ela resulta de um processo infeccioso que pode acometer líquido amniótico, membranas, placenta e até decídua. A sua incidência varia de 0,5 a 10%, sendo responsável por 10 a 40% das síndromes febris intraparto, podendo levar a um quadro de sépsis materna e/ou neonatal. Traduzindo os pressupostos para uma linguagem Neuman, considera-se que a RPM atua como *stressor* intrapessoal negativo, que afeta a linha normal de defesa, sobretudo a variável fisiológica, desencadeando uma resposta pela linha de resistência, traduzida em febre. Caso o quadro evolua para corionamnionite, a linha de resistência é ultrapassada, acabando o “core” por ser invadido pelo *stressor*.

No outro lado do espetro, estão os partos precipitados. Tive oportunidade de assistir a três, nos quais, apenas, tive tempo para calçar as luvas. Estas são situações bastante ansiogénicas, para qualquer profissional, mas enquanto aluna, elas desafiaram a minha capacidade de reação e tomada de decisão, ao mesmo tempo, que tentava demonstrar uma atitude de tranquilidade e autocontrolo. A lavagem perineal, a lavagem assética das mãos, a montagem adequada da mesa e o teste dos instrumentos, ficaram para segundo plano. A prioridade era garantir a expulsão segura do feto.

Embora se espere que o parto seja linear, isento de complicações, estas surgem, sempre de forma inesperada. Em contexto de aprendizagem é importante aprender a geri-las, para que futuramente, como profissional, o consiga fazer de forma competente. Durante este percurso, tive oportunidade de assistir a diferentes desvios à normalidade no 1º estágio do TP, nomeadamente, situações de taquissistolia uterina, BAR, com saída de líquido amniótico tinto mecónio (LATM), suspeita de sofrimento fetal, TP estacionário, incompatibilidade feto-pélvica (IFP) e hemorragia intraparto. Numa perspetiva concetual de enfermagem, posso considerar estes desvios da normalidade do TP, como *stressores* intrapessoais, que influenciam negativamente o TP, cabendo ao enfermeiro obstetra o seu diagnóstico precoce e o seu respetivo encaminhamento, caso as situações ultrapassem o domínio das suas competências¹².

A dinâmica uterina é a maior aliada do parto normal, atuando como *stressor* intrapessoal positivo, contudo, quando ela se torna demasiado intensa e frequente, passa a atuar como *stressor* negativo, penetrando a linha normal de defesa do sistema/mulher/feto, condicionando o seu bem-estar. Assisti a 4 situações de taquissistolia uterina, com repercussões ao nível do bem-estar fetal. Foi necessário pedir a colaboração da equipa médica, que deu indicação para administrar salbutamol, como tocolítico. Em duas situações, optou-se por avançar para partos distócicos (ventosa e cesariana segmentar transversa [CST]).

Outra das situações de desvio da normalidade, que tive oportunidade de assistir, prendeu-se com a rotura de membranas com saída de LATM. Assisti a 6 situações de LATM, das quais 1 delas, era de grau III, o designado, “puré de ervilha”, tendo culminado num parto por CST, por suspeita de sofrimento fetal, com possível invasão do “core” fetal. Segundo Becker, Solomayer, Dogan, Wallwiener e Fehm (2007), a eliminação de mecónio, ocorre em 10% das gestações de termo, de baixo risco, não sendo indicador preditivo de sofrimento fetal. Acresce, antes, a probabilidade de asfixia neonatal e baixo IA à nascença.

Associado, ou não, a situações de LATM e taquissistolia uterina, estiveram padrões anormais de CTG, nomeadamente de categoria II, segundo a ACOG. Nos casos de taquissistolia uterina, observava-se, maioritariamente desacelerações precoces, persistentes, sendo que algumas, evoluíram para desacelerações tardias e prolongadas. Nas situações de LATM com alterações da FCF, foram observadas,

¹² H3.2 Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do RN.

sobretudo, desacelerações variáveis. A fim de colmatar este quadro, foi necessário proceder à técnica de amnioinfusão, por duas vezes. Esta é uma técnica, que remonta a 1983 e que consiste na instilação de soro fisiológico na cavidade uterina, por meio de uma sonda. Segundo um estudo promovido por Savaris (1999), esta é uma técnica de fácil execução, de baixo custo e que traz benefícios para as situações de oligoâmnios e LATM, com repercussões na FCF. Nas duas situações em que foi realizada a amnioinfusão, verificou-se melhoria, efetiva, da FCF. Desta feita, pode considerar-se que a amnioinfusão, atua como um *stressor* positivo, capaz de fortalecer a linha de resistência, evitando, que o *stressor* negativo, causado pela LATM, penetre no “core” do sistema fetal.

O TP estacionário, foi outras das complicações observadas no decurso deste estágio. Foi, aliás, a principal causa de realização de cesariana. No total, assisti 6 parturientes, cujos TP tornaram-se estacionários. A DGS (2015b) define TP estacionário como sendo “aquele em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer dos seus estádios (...)” (DGS, 2015b, p.1). Ainda segundo as mesmas orientações, não havendo progressão de dilatação durante 4 horas, antes dos 6 cm, dever-se-á considerar a realização de amniotomia e/ou estimulação oitócica, após consentimento da parturiente, por forma a atuarem como *stressores* extrapessoais positivos, capazes de fortalecer a linha flexível de defesa, permitindo a progressão do TP. Se a perfusão oitócica condicionar 3-4 contrações uterinas em cada 10´ e mesmo assim, não se verificar progressão de dilatação por 4h, dever-se-á considerar a realização de CST, por diagnóstico de TP estacionário (DGS, 2015b). A minha experiência durante este estágio foi relativamente diferente. Pude verificar, que as equipas médicas de obstetrícia, regem-se por orientações diferentes, sendo que uns eram mais expectantes, alargando estes períodos e outros mais interventivos, encurtando-os.

Durante este percurso, realizei 5 amniotomias, sendo que 4 delas foram realizadas no intuito de estimular a progressão do TP. A outra surgiu em contexto de avaliação do bem-estar fetal, pela existência de um CTG não tranquilizador. Também nestas situações, a realização da amniotomia, surgiu como *stressor positivo*, na medida em que estimulava a progressão do trabalho de parto.

Antes da execução da técnica, tive sempre o cuidado de informar as parturientes acerca do procedimento. A técnica era realizada, utilizando uma pinça apropriada para o efeito, por meio de técnica assética. Após a rotura, tinha, especial, atenção em

identificar o tipo de apresentação e de como esta apoiava, por forma a detetar precocemente, possíveis prolapsos do cordão. Este é considerado um *stressor* intrapessoal negativo, grave, que pode condicionar a invasão da linha de resistência e invasão do “core” fetal, alterando de forma significativa o seu bem-estar, quiçá a sua vida.

Ainda durante o 1º estágio de TP, assisti uma parturiente que apresentou hemorragia vaginal intensa. Na sua admissão, foi excluída a existência de um provável descolamento de placenta, concluindo-se que a hemorragia era de origem cervical. Esta foi uma vigilância de TP difícil, dado a quantidade de *stressores* negativos presentes. A parturiente tinha dor severa, mas recusava qualquer medida farmacológica e não farmacológica. Esta foi, das poucas situações, em que incentivei a parturiente à realização de analgesia epidural, informando-a acerca da técnica, desmistificando os seus medos e preconceitos. A sua má gestão da dor, estava, claramente, a prejudicar o trabalho de parto, sendo que a analgesia epidural, trazer-lhe-ia alívio da dor e tranquilidade, atuando como *stressor* interpessoal positivo,

o *stress*, a ansiedade e a dor produzem, através de reflexos medulares, alterações na homeostasia materna, especificamente hiperatividade adrenérgica e hiperventilação, que determinam uma diminuição da oxigenação e da estabilidade cardiovascular materna, com significativas repercussões fetais (Martins et al, 2002, p.164).

Associado a este quadro, a parturiente, apresentava, ainda, taquissístolia uterina (*stressor* intrapessoal negativo), que acabou por condicionar o bem-estar fetal, invadindo a linha normal de defesa do feto. Foi, por isso, necessário realizar uma monitorização interna da FCF, o que para além de ter constituído um ganho importante na vigilância materno-fetal, constituiu, também, um importante ganho para o meu percurso de aprendizagem.

Durante este estágio, tive, ainda, oportunidade de prestar cuidados a parturientes, com patologia materno-fetal associada¹³. No que concerne a patologia materna, assisti mulheres com diabetes gestacional (3), com HIV+ (1) e hidrâmnios (1). No que concerne à vigilância intraparto numa mulher com diabetes gestacional, interessa sobretudo controlar os valores de glicémia capilar e atuar em conformidade. Segundo Inácio (2017), os valores da glicémia capilar deverão ser mantidos entre 70-110mg/dl. O protocolo do serviço, prevê a perfusão de um soro glicosado a 125cc/h,

¹³ Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com o TP.

que é alterado, em função dos valores apresentados, assim como administração de insulina de ação rápida.

No caso da parturiente com HIV+, foi instituído o protocolo de zidovodina (AZT), o qual foi suspenso, logo, após o nascimento. Esta foi a única situação em que não foi promovido o AM conforme as indicações emanadas pela DGS (2004). Logo após o nascimento, foi dado um banho ao RN, conforme protocolado pelo serviço e referido pela literatura (Amaral e Valinho, 2017).

No que diz respeito a patologia fetal, assisti, sobretudo, situações de restrição de crescimento fetal (RCF). Segundo Meneses, Reis, Oliveira, Carrilho e Martins (2018), considera-se RCF caso o feto não atinja o seu potencial de crescimento, de acordo com a sua IG, havendo risco de deterioração hemodinâmica. Ainda segundo os mesmos autores, a monitorização deve ser redobrada durante o TP, especialmente no que concerne à monitorização da FCF. Após o nascimento dever-se-á colher amostras para ph do sangue do cordão umbilical, o que realizei por duas vezes, assim como a conservação da placenta, para estudo anátomo-patológico, de acordo com o protocolo do serviço.

2º Estádio do TP

Uma vez chegada à dilatação completa, inicia-se o 2º estágio de TP. Contudo, a dilatação completa não é sinónimo de período expulsivo. Foram várias as situações, em que chegadas à dilatação completa, as parturientes não sentiam necessidade de iniciar esforços expulsivos. O designado reflexo de Ferguson surge, apenas, quando a apresentação exerce pressão sobre os recetores distendidos do pavimento pélvico (Lowdermilk e Perry, 2006). Em todas estas situações, sempre que o CTG o permitia, incentivava a adoção de posições verticalizadas, a fim de permitir a descida da apresentação e por conseguinte o surgimento do reflexo de Ferguson.

A duração deste estágio é variável e depende de vários fatores, nomeadamente, a dinâmica uterina, a variedade fetal, o tipo de analgesia, a condição física e emocional da mulher, a paridade e por fim, o apoio proporcionado (Lowdermilk e Perry, 2006). As primeiras orientações, segundo Cohen e Friedman (1983), atribuíam uma duração média do 2º estágio do TP nas nulíparas entre os 45-60' e nas múltiparas entre os 15-20'. A própria DGS (2015b) considera estes intervalos bastante ultrapassados. Existem novas orientações, que surgem dos EUA, em que se considera uma duração do 2º estágio de TP até 4 horas nas nulíparas com analgesia epidural e até 3 horas nas

múltiparas com analgesia epidural (Leveno, Nelson, McIntire, 2016). Das 47 mulheres assistidas, 20 parturientes, sobretudo, nulíparas, tiveram um 2º estágio de TP, com duração superior a 1 hora. As restantes 27 mulheres, na sua maioria múltiparas, tiveram um 2º estágio de TP, com duração inferior a 1 hora, muito raramente, com duração inferior a 20´.

Foi sobretudo no decurso do 2º estágio do TP, que tive oportunidade de *desenvolver competências como enfermeira obstetra que promovessem a prevenção do trauma perineal da mulher, da gravidez ao puerpério*, colocando em prática a evidência mapeada. Esta prática fez-se em consonância com a avaliação do risco apresentado por cada uma das parturientes, conforme referido por Alperin et al (2008), por meio do instrumento de interação de cuidados elaborado. A informação registada das parturientes assistidas, está apresentada no apêndice IX e os resultados da PBE desenvolvida junto das mesmas, estão apresentados no apêndice X.

Na minha prática clínica constatei que a adoção de medidas preventivas face ao trauma perineal na gravidez, nomeadamente a massagem perineal e os exercícios do pavimento pélvico, parecem não ter influenciado a ocorrência de trauma perineal, comparando com as mulheres que não adotaram essas medidas, ao contrário do referido por Ugwu, Iferikigwe, Obi, Eleje e Ozumba (2018) e Larios, Corrales-Gutierrez, Casado-Mejía e Suarez-Serrano (2017). Numa perspetiva concetual, a massagem perineal e os exercícios do pavimento pélvicos parecem não ter reforçado a linha flexível de defesa, por forma a fortalecer o sistema, face à ocorrência de trauma perineal.

Em relação à paridade (variável de desenvolvimento), concluí não haver diferença na ocorrência de trauma perineal entre nulíparas e múltiparas (90% vs. 89%). Notei, sim, diferenças quanto à gravidade do trauma. As lacerações de 1º grau, ocorreram em maior número nas múltiparas do que nas nulíparas (63% vs. 50%). Quanto à episiotomia, esta foi mais elevada nas nulíparas, que nas múltiparas (20% vs. 4%). Em suma, a multiparidade como variável de desenvolvimento, pareceu não prevenir a ocorrência de trauma perineal, mas pareceu minimizar a sua gravidade.

No que concerne ao trauma perineal atual foi, ligeiramente, mais baixo nas mulheres com trauma perineal anterior, do que nas mulheres sem história de trauma anterior (84% vs. 91%). Em relação à episiotomia, esta foi mais elevada nas mulheres sem trauma anterior, (18% vs. 4%), provavelmente, por serem, na sua maioria, nulíparas.

O tipo de trauma anterior, mostrou, por seu lado, diferenças interessantes. O trauma anterior por episiotomia, parece aumentar a ocorrência de trauma perineal atual, em comparação com trauma perineal anterior por laceração (93% vs. 73%). Já a realização de episiotomia no parto atual foi nula entre as mulheres que sofreram lacerações em parto(s) anterior(es). Numa perspectiva conceitual, considero que a episiotomia anterior atuou como um *stressor* interpessoal negativo sobre a linha flexível de defesa, na medida em que aumentou a ocorrência de trauma perineal nos partos subsequentes.

No que concerne às variáveis fisiológicas, constatei que o trauma perineal foi mais elevado nas mulheres, cujos períneos apresentavam pouca elasticidade (100% vs. 86%) e houve maior ocorrência de lacerações de 3º grau (20% vs. 0%) nas mulheres com corpo do períneo inferior a 3,5cm, o que corrobora a evidência relatada por Lane et al (2017).

Relativamente aos *stressores* inter e extrapessoais do TP, as mulheres que foram submetidas a ITP, tiveram, curiosamente, menor ocorrência de trauma perineal (83% vs. 91%) e nenhuma episiotomia, o que contraria a evidência encontrada por Rocha e Zamberlan (2018). Desta feita, a ITP funcionou como *stressor* extrapessoal positivo sobre a integridade perineal, fortalecendo a linha flexível de defesa, capacitando o sistema/cliente para lidar com o trauma perineal.

As mulheres que não recorreram à analgesia epidural, tiveram menor ocorrência de trauma perineal, face às que recorreram (72% vs. 91%) e nenhuma episiotomia. Assim sendo, a analgesia epidural, pareceu ter atuado, como *stressor* extrapessoal negativo sobre a linha flexível de defesa, suscetibilizando o sistema/cliente para a ocorrência de trauma perineal.

No que diz respeito ao peso dos RN, quando estes pesaram menos de 3,5kg, o trauma perineal foi menor, em relação a RN mais pesados (87% vs. 92%), assim como a taxa de episiotomia (6% vs. 23%). No que concerne ao grau das lacerações, nas situações em que nasceram RN com peso > a 3,5 kg, ocorreram maior número de lacerações de 2º grau e 1 laceração de 3º grau, indo de encontro à evidência demonstrada por Simic, Cnattingius, Petersson, Sandstrom e Stephansson (2017). Assim sendo, o peso > 3,5 kg dos RN atuou como *stressor* interpessoal negativo sobre a linha flexível de defesa, aproximando-a da linha normal de defesa, suscetibilizando o sistema/cliente para a ocorrência de trauma perineal.

Nas mulheres que experienciaram 2º estádios de TP prolongados (>1 hora), ocorreu maior percentagem de trauma perineal (89% vs. 85%), com maior número de episiotomias e lacerações de 2º grau. Desta feita, considero que o 2º estágio prolongado atua como *stressor* negativo sobre a linha flexível de defesa do sistema/cliente, vulnerabilizando-o para a ocorrência de trauma perineal.

A única situação de laceração grave (3º grau, c), que tive oportunidade de assistir, ocorreu numa mulher com um corpo do períneo curto, com uma episiotomia anterior, com duração do 2º estágio de TP de 2 horas, tendo nascido um RN com o peso de 3,8 kg, numa variedade occipito-sagrada. Esta mulher reunia, por isso, vários fatores de risco para a ocorrência de uma laceração grave, o que vai ao encontro do referido por Simic et al (2017).

Durante o ER tive oportunidade de assistir uma parturiente oriunda da Guiné Conacri. Este é um país com uma elevada taxa de mutilação genital feminina (MGF). Felizmente, a jovem não apresentava sinais de mutilação. Porém, esta é uma situação, para a qual o enfermeiro obstetra deve estar desperto. Assim sendo, para além de sinalizar a situação na plataforma criada no Sistema Nacional de Saúde (SNS) para esse efeito, é determinante, conduzir, a partir do 2º trimestre, à defibulação das MGF de tipo 3 e à realização de episiotomia durante o período expulsivo (Nour, 2009).

O 2º estágio do TP, é sem dúvida, o momento mais emotivo de todo o processo do parto. A dor e os esforços expulsivos tornam-se cada vez mais intensos. Na grande maioria das mulheres, incentivei à realização de esforços expulsivos, consoante a sua vontade. Apenas incentivei a esforços dirigidos a 8 mulheres, visto estas necessitarem de orientação na realização dos mesmos, em circunstâncias de cansaço materno, ou em situações, onde a analgesia, inibiu a sua sensibilidade. Os esforços expulsivos espontâneos contribuem, segundo a evidência encontrada, para a diminuição da incidência do trauma perineal (Rocha e Zamberlan, 2018), atuando como um *stressor* intrapessoal positivo. Na minha prática clínica pude observar esse facto, uma vez que, em todas as mulheres que realizaram esforços expulsivos dirigidos, ocorreu trauma perineal associado (100%), assim como uma elevada percentagem de episiotomias (62%). Assim sendo, posso assumir que a realização de esforços expulsivos espontâneos, atua como *stressor* intrapessoal positivo, atuando sobre a linha flexível de defesa, afastando-a da linha normal de defesa, conferindo maior capacidade ao sistema/cliente para lidar com o trauma perineal.

De mãos dadas com os esforços dirigidos, estão as orientações respiratórias, que incluem, habitualmente a manobra de valsalva (Lemos, Dean e Andrade, 2011). Estes autores conduziram um estudo, que correlacionou a manobra de valsalva com os outcomes maternos e neonatais. A principal conclusão, foi que esta técnica respiratória afeta negativamente o equilíbrio ácido-base do RN, devendo-se incentivar a uma respiração com glote aberta, ao invés de adotar respirações com a glote fechada. Segundo o estudo realizado por Ahmadi, Torkzahrani, Roosta, Shakeri e Mhmoodi (2017), a técnica de soprar constitui uma boa alternativa à manobra de valsalva. Durante a minha experiência clínica, associado aos esforços expulsivos espontâneos, sugeri sempre, que as mulheres se mostravam recetivas, a adotar a técnica de respiração de glote aberta.

Dentro das várias técnicas adotadas, esteve a aplicação de compressas mornas e irrigação de soro morno. Foi possível proporcionar esta medida a 15 mulheres. No entanto a ocorrência de trauma perineal não foi diferente em comparação com as mulheres que não beneficiaram desta medida (87% vs. 88%). Curiosamente, nas mulheres a quem foi aplicado calor perineal, ocorreram mais lacerações de 2º grau (33% vs. 12%) e uma laceração de 3º grau c), o que parece contrariar as premissas defendidas por Essa, Nemat e Ismail (2015). No que concerne à percentagem de episiotomias, não houveram diferenças substanciais (7% vs. 10%). Desta feita, considero que a aplicação de calor não atuou, junto das parturientes que assisti, como *stressor* extrapessoal positivo, como seria esperado.

Tive, também, oportunidade de realizar massagem perineal a 17 parturientes, sendo que a ocorrência de trauma perineal face à não realização da massagem foi de (82% vs. 90%). O conjunto de mulheres que foram submetidas a massagem perineal, padeceram de um aumento das lacerações de 2º grau, face às que não foram submetidas a esta medida (24% vs. 16%), tendo, ainda, ocorrido uma laceração de 3º grau. Também nestas mulheres a episiotomia, foi mais elevada (17% vs. 6%). Estes valores parecem contrariar os argumentos defendidos por Rocha e Zamberlan (2018) e Shahoei, Zaheri, Nasab e Ranaei (2017), não atuando como *stressor* extrapessoal positivo, como seria esperado.

Também o uso de lubrificante, nomeadamente a lidocaína gel, aplicado a 39 parturientes não mostrou eficácia na prevenção do trauma perineal, tendo este ocorrido em 90% em detrimento de 75% nas mulheres a quem não foi aplicado. Mais uma vez, considero estes resultados questionáveis, visto o número de mulheres a quem não foi

aplicado lubrificante ser muito inferior (8) ao número de mulheres a quem foi aplicado (39). Na base destes resultados está, porventura, a pouca experiência que ainda detenho. Na revisão da literatura por mim realizada, não está contemplado nenhum artigo que aborde a utilização exclusiva de gel lubrificante, estando, geralmente, associado à massagem perineal. Contudo, percebi da prática clínica que ele é amplamente utilizado, pelo que optei por contemplá-lo na minha prática de cuidados. Assim, sendo, posso assumir decorrente desta experiência, que o uso de lidocaína gel não atuou positivamente sobre a linha flexível de defesa do sistema/cliente, não prevenindo ou minimizando a ocorrência do trauma perineal.

Quando o 2º estágio de TP avançava, preparava a mesa de parto, utilizando uma técnica asséptica. Realizava a limpeza do períneo com água e sabão líquido e incentivava as parturientes a adotarem a posição, para si, mais confortável.

A maior parte das mulheres tem a concepção de parir na marquesa de parto, em posição de litotomia. Poucas foram as mulheres que desejaram ter um parto verticalizado. Do total de parturientes assistidas, 35 mulheres pariram na posição de semi-sentada, 2 mulheres em posição de litotomia e 10 em posições verticalizadas onde se incluíram, a posição de 4 apoios (2), 2 apoios, (1), sentada (6) e de pé (1). No que diz respeito à relação entre a posição do período expulsivo e o trauma perineal, houve uma grande diferença no número de parturientes de cada grupo de cuidados, não podendo formular conclusões objetivas. Pelo que, as permissas defendidas por Lodge e Haith-Cooper (2016), relativamente ao facto das posições de 2 e 4 apoios serem promotoras do períneo intacto e as posições de sentada e cócoras, as que mais condicionam o trauma perineal, não foram observadas na minha prestação de cuidados. O que considero relevante, é o facto de a ocorrência de trauma perineal ter sido idêntica nas mulheres que adotaram a posição de semi-sentada e posições verticalizadas (91% vs. 90%). Estes resultados coincidem com a evidência mencionada por Edqvist et al (2016), ao referirem que as posições verticalizadas não aumentam a incidência de lacerações graves, contribuindo, ainda, para a diminuição da incidência de episiotomias (0% nos partos verticalizados e 14% nos partos semi-sentados). Posso por isso concluir, que as posições verticalizadas não funcionam como *stressor* intrapessoal negativo, sob a integridade perineal.

Durante o período expulsivo, propriamente dito, exerci a técnica *hands on* a 39 parturientes, através da manobra de Ritgen, em conjugação com uma pressão ligeira no occiput, a fim de evitar a deflexão rápida da cabeça, conforme referido por Aasheim

(2011). A técnica *hands off* foi adotada em 8 situações, sobretudo em posições verticalizadas e partos precipitados. A ocorrência de trauma perineal foi, substancialmente, inferior na técnica *hands off* (75% vs. 90%), o que corrobora a evidência científica mapeada. As lacerações de 2º grau foram também inferiores (16% vs. 25%), e sem nenhuma episiotomia associada. Os autores, Rocha e Zamberlan (2018) referem que a técnica *hands off* está a ter cada vez melhores resultados, sobretudo um maior índice de períneos intactos, e diminuição da episiotomia. Também a evidência demonstrada por Goh, Goh e Ellepola (2018), vai ao encontro dos resultados obtidos, na medida em que a técnica *hands on* e manobra de *Ritgen* não mostraram redução na incidência de lacerações graves do períneo, comparando com a técnica *hands off*. Assim sendo, posso considerar que a técnica *hands off* pode funcionar como *stressor* extrapessoal positivo sob a integridade perineal. Em suma, considero que a minha conduta esteve de acordo com Rocha e Zamberlan (2018), ao referirem que a adoção de ambas as técnicas (*hands on* e *off*) deve ser adotada, de forma assertiva e individualizada.

Houve necessidade de realizar 5 episiotomias, no total de partos assistidos. Este número corresponde a cerca de 10% da totalidade de partos assistidos, o que cumpre os requisitos emanados pela OMS (1996). A principal razão pela qual foram realizadas, relacionou-se com o cansaço materno extremo. Mesmo que esta situação não constitua um critério para a sua realização, considero que a episiotomia, foi a melhor opção, por forma a abreviar o período expulsivo. Segundo Gray (2015), a episiotomia é uma técnica que aumenta, comprovadamente, o risco de lacerações graves, sendo que se tem verificado um aumento da sua utilização. Durante o ER não tive oportunidade de observar nenhuma destas permissas. Das 5 episiotomias que realizei, nenhuma evoluiu para uma laceração grave. Tive, ainda, oportunidade de assistir a uma ação de formação, ministrada pela enfermeira chefe do serviço, na qual foram revelados os dados da iniciativa “Maternidade com Qualidade”, revelando um baixo índice de execução de episiotomia naquele serviço, abaixo dos 10% recomendados pela OMS (1996).

Segundo a evidência científica mapeada, existem métodos inovadores, capazes de promover a prevenção do trauma perineal, é o caso das injeções de hialuronidase e os dispositivos de proteção perineal (Rocha et al, 2018). Porém, não tive oportunidade de os aplicar, pela sua inexistência no serviço, por serem medidas, ainda pouco validadas e por isso, pouco divulgadas no nosso país.

O “momento alto do parto” é, sem dúvida, a expulsão do RN. Contudo, ele envolve um certo grau de ansiedade, quer para a mulher, quer para o profissional que assiste o parto. O meu maior medo era a ocorrência de algum tipo de complicação (*stressor* negativo) que conduzisse a uma asfixia neonatal (invasão do “core” do RN). A maior parte das parturientes que assisti, experienciaram períodos expulsivos sem complicações, salvo algumas exceções. Assisti a 7 situações de circulares cervicais, nas quais apenas tive que laquear uma. Em todas as outras, executei a técnica de Sommersault. A circular cervical do cordão umbilical é uma ocorrência frequente no parto, mas que pode gerar alguma ansiedade (*stressor* intrapessoal negativo). Alguns estudos relacionam a presença de uma circular cervical apertada com o surgimento de morbilidades no período neonatal (invasão do “core” do RN) , contudo, não é claro, se estes resultados advêm das circulares em si, ou da gestão na sua resolução (Reed, Barnes and Allan, 2009). Na situação em que laqueei o cordão devido à circular cervical apresentada, ocorreu, também, uma distócia de ombros. Não existe consenso e objetividade nos critérios que definem a distócia de ombros, que ora têm em conta o senso clínico, ora se baseiam no uso de manobras obstétricas para a sua resolução. Sabe-se, porém, que ela ocorre entre 0,2 a 3% dos partos vaginais (Gherman, Chauchan, Ouzounian, Lerner, Gonik e Goodwin, 2006). Neste caso em particular, foi necessário recorrer a manobras obstétricas, nomeadamente à manobra de McRoberts e à pressão suprapúbica, para a sua resolução. Ainda assim, e apesar destas complicações, o RN nasceu com IA de 9 ao 1º minuto e 10 ao 5º minuto. Considero, por isso, que a distócia de ombros é um *stressor* intrapessoal negativo, que pode invadir a linha de resistência e atingir o “core” do feto/RN. Porém, graças às medidas adotadas, que fortaleceram a linha de resistência, o core não foi invadido, resultando num bom *outcome* neonatal.

Após a saída da cabeça e do corpo fetal, procedia à permeabilização das vias aéreas e estimulava a mãe a vir buscar o seu RN, sendo que a maioria das mulheres, optava por não o fazer. Desta feita, colocava o RN em cima da mãe, em contacto pele a pele, onde permanecia pelo menos 1 hora, conforme preconizado pela UNICEF e WHO (2018) e OE (2013)¹⁴. Apenas laqueava o cordão após este cessar de pulsar. Numa RSL conduzida por McDonald e Dowswell (2013), são mencionados os benefícios da clampagem tardia do cordão para o RN, nomeadamente, uma maior

¹⁴ H3.1. Promove (...) adaptação do RN à vida extrauterina.

concentração de hemoglobina e maiores reservas de ferro até aos 6 meses, após o nascimento. Considero, por isso, a clampagem tardia do cordão, como sendo um *stressor* extrapessoal positivo, que fortalece a linha flexível de defesa do RN, que ao afastar-se da linha normal de defesa, capacita a sua variável fisiológica, preservando o seu “core”.

A laqueação precoce aconteceu apenas nas situações onde necessitei de colher sangue do cordão, para realização do teste de Coombs direto e tipagem do grupo sanguíneo, em casos de mães com Fator Rhesus (Rh) negativo, ou em situações de colheita de sangue para criopreservação de células estaminais. Em todas as situações, salvo a situação, em que necessitei de laquear o cordão pela circular cervical apertada, estimulei ao corte do cordão por parte da família ou por parte da própria mulher.

3º Estádio do TP

Após a expulsão do feto, inicia-se o 3º estágio de TP. A duração do terceiro estágio do TP é variável de mulher para mulher, podendo ir até 1 hora (Lowdermilk e Perry, 2006). Ainda segundo o mesmo autor, o risco de hemorragia materna aumenta à medida que aumenta a duração deste estágio. Em todas as situações, optei por começar com uma atitude expectante, promovendo a dequitação fisiológica. Observava os sinais de descolamento placentar, segundo Norwitz e Schorge (2003): hemorragia de separação, prolongamento do cordão umbilical e elevação e contração do fundo uterino. Em 45 situações, a dequitação deu-se de forma espontânea, pelo mecanismo de Baudelocque-Schultze e 1 dequitação espontânea por mecanismo de Duncan-Varnekes. Em 3 situações verificou-se membranas fragmentadas, com necessidade de realizar ecografia de controlo, nas quais, sempre se revelou ausência de restos membranares. Numa única situação, após 1 hora, sem haver sinais de descolamento da placenta, mesmo após uma conduta ativa, informei a equipa médica, que optou por realizar uma dequitação manual. Nesta situação, a retenção placentar atuou como *stressor* intrapessoal negativo, que poderia ultrapassar a linha de resistência e invadir o “core”. Porém, após a adoção de medidas de prevenção secundária, houve fortalecimento da linha normal de defesa, contribuindo para a integridade do sistema.

Após a dequitação, verificava a integridade das membranas (âmnio e córion) e a integridade dos cotilédones. Tive oportunidade de observar placentas, com formas

menos comuns, como é o caso da placenta sucenturiada ou com inserção velamentosa do cordão. Após a observação da placenta, verificava, através da palpação abdominal, o tónus uterino e as perdas hemáticas associadas, por forma a despistar situações de atonia uterina. O protocolo do serviço onde o ER decorreu, prevê a administração de 20 unidades de oxitocina após a dequitação, por forma a contribuir para a formação do globo de segurança de Pinard, a involução uterina e a diminuição das perdas hemáticas associadas.

4º Estádio do TP

Uma vez expulsa a placenta, dá-se início ao 4º estágio de TP ou puerpério imediato, tendo uma duração aproximada de 2 horas, após a expulsão da placenta. Este é o período de recuperação imediata, em que a homeostase é restabelecida (Prada e Rafael, 2017).

Por esta altura, a mulher e família estão em processo de enamoramento com o seu mais recente membro. Aproveitava, por isso, para fazer uma primeira avaliação do períneo. No decurso deste estágio, o trauma perineal nas mulheres assistidas, foi de 87%, o qual se aproxima dos valores mencionados por Albers (2005), citado pelo RCM (2012) e Richmond (2014). A percentagem de períneos intactos foi de apenas de 13%.

Após a avaliação pormenorizada do períneo, informava as mulheres acerca do tipo de traumatismo ocorrido, assim como o seu grau, procurando o seu consentimento informado, para proceder à sua correção, por meio de perineorrafia. Segundo Thompson e Walsh (2015) as mulheres aceitam positivamente a reparação perineal, quando esta é realizada adequadamente e quando lhe é dada informação pertinente, acerca da mesma.

Por forma a contribuir para uma técnica de sutura indolor e segura, conforme referido por Goh et al (2018) e numa atuação de prevenção secundária, proporcionava analgesia adequada a cada situação. Nas mulheres com cateter epidural, realizava uma repicagem com Ropivacaína de 2mg/ml. Caso as mulheres não tivessem cateter epidural, optava pela anestesia local, inicialmente, com lidocaína em *spray* e depois, injetável. De seguida, acomodava a mulher em posição ginecológica, ajustando a luz e por forma a manter uma técnica assética, trocava de luvas e colocava um novo campo esterilizado. Segundo Hajjaj (2017), é esperado que as parteiras reúnam competências na abordagem ao trauma perineal, independentemente da sua tipologia e que sejam capazes de reparar sobretudo as lesões de 1º e 2º grau, promovendo a continuidade

dos cuidados. A técnica de sutura utilizada foi a defendida por Graça (2017) e Goh et al (2018) ou seja, por planos. Iniciava uma sutura contínua ao longo da mucosa, com um fio polifilamentado 2.0, de absorção rápida. Caso existisse lesão muscular, realizava uma sutura com pontos simples, com um fio polifilamentado 0, terminando com pontos simples, invertidos no tecido subcutâneo e cutâneo.

Em 4% das lacerações de 1º grau, não houve necessidade de sutura, seguindo as orientações de Goh et al (2018).

Conforme já referido, uma das mulheres que assisti, acabou por desenvolver uma laceração de 3º grau, c). Ou seja, segundo as orientações apresentadas no anexo III, corresponde a uma lesão envolvendo o esfíncter anal externo e interno. Por mais que tivesse adotado medidas de prevenção primária durante o 2º estágio do TP, elas não fortaleceram a linha flexível de defesa da mulher (sistema/cliente), sendo que o *stressor* traduzido pelo trauma perineal, penetrou a linha de resistência e invadiu o seu “core”. A situação foi referenciada para a equipa médica, mais especificamente, para duas obstetras que exercem a subespecialidade de uroginecologia¹⁵, conforme defendido por Goh et al (2018), no sentido de proporcionar uma ação de prevenção secundária adequada às necessidades identificadas.

Uma vez terminada a sutura, caso se verificasse edema, fazia aplicação de gelo por 10-20’. Este cuidado foi proporcionado a 43% das mulheres assistidas, de acordo com Amorim et al (2017).

É vital que a mulher seja informada acerca dos cuidados perineais a adotar, assim como os desconfortos e complicações que podem advir e por fim em que circunstâncias devem recorrer aos cuidados de saúde (Hajjaj, 2017). Posto isto, transmiti a todas as mulheres por mim assistidas, medidas de educação para a saúde, relacionadas com os cuidados perineais no pós-parto (higiene, eliminação, exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico, dieta e sinais de alerta), de acordo com as orientações do Queensland Clinical Guidelines (2015) e Goh et al (2018), proporcionando, assim, uma ação de prevenção terciária, contribuindo para a restituição do equilíbrio do sistema/cliente ao nível da integridade perineal.

Segundo Thompson e Walsh (2015), a transição para a maternidade em mulheres que foram, adequadamente, informadas é mais tranquila, face àquelas que

¹⁵ H3.3.4. Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

não viram as suas dúvidas esclarecidas, tendo, estas últimas, maior índice de dor, menor cuidado com a higiene e maior dependência dos seus parceiros.

Durante estes momentos de interação, procurava, também, o consentimento das parturientes, para a realização de *follow up*, por via telefônica, por volta das 4 semanas, após o parto.

Cabe ao enfermeiro obstetra, a promoção de uma transição saudável para a parentalidade. Segundo, Kitzinger (2005), os novos pais não necessitam que lhes seja ensinado como estabelecer uma relação com o RN, precisam, antes, de se sentir, apoiados, num ambiente familiar e privado. E esta foi a conduta que adotei¹⁶.

De todas as mulheres que prestei cuidados, nenhuma desenvolveu complicações no pós-parto, tendo sido transferidas, com sucesso, para o serviço de puerpério. Antes da transferência, por forma a identificar possíveis desvios da normalidade, avaliava a estabilidade hemodinâmica, a temperatura, a involução uterina, os lóquios e a eliminação urinária¹⁷.

Em suma, posso concluir que foram atingidos os objetivos inicialmente traçados, alcançando os resultados esperados. Prestei cuidados de enfermagem especializados, holísticos e individualizados, estabelecendo uma relação terapêutica, de pareceria com a mulher/família, previligiando as suas escolhas, através de um ambiente íntimo e confortável, promovendo uma transição para a parentalidade saudável. Contribuí para a presença de bem-estar materno-fetal, através de uma condução do TP segura. Na presença de desvios da normalidade, contribuí para a sua resolução, encaminhando as situações que ultrapassaram o limite das minhas competências. Desenvolvi, ainda, competências como enfermeira obstetra na prevenção do trauma perineal da mulher e promovi a continuidade dos cuidados e o registo adequado das intervenções realizadas.

¹⁶ H3.1.4. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/RN/conviventes significativos.

¹⁷ H4.1. Promove a saúde da mulher e RN no período pós-parto; H4.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal.

3.4 Cuidar do RN e Família no Pós-parto Imediato

No decorrer deste estágio, tive oportunidade de prestar cuidados a todos os RN, em cujos partos (eutócicos e distócicos) tive oportunidade de participar, cumprindo o objetivo: *cuidar do RN, em contexto de sala de partos, de forma a promover uma boa adaptação à vida extrauterina e um início de vida saudável.*

Quase todos os RN que tive oportunidade de assistir, tiveram um início de vida saudável, sem complicações. Recordo apenas uma situação, em que um RN necessitou de observação por parte da neonatologia, por ter nascido com um IA de 4/6/9. Esta foi uma situação que me surpreendeu bastante, visto o CTG ter estado tranquilizador durante todo o parto, inclusive durante o período expulsivo. De facto, não consegui identificar o *stressor* negativo que esteve na base da sua ocorrência. Contudo, um baixo índice de Apgar não é preditivo do bem-estar neonatal futuro, sobretudo se a pontuação aumenta no 5º minuto (Gomes e Filho, 2010).

Em todas os partos eutócicos, que assisti, segui as orientações do projeto “Maternidade com Qualidade” da OE (2014). Estimulei o contacto pele a pele precoce, num período mínimo de uma hora e o AM na 1ª hora de vida¹⁸, exceto no caso em que a parturiente tinha HIV+, conforme já mencionado. O contacto pele a pele é uma técnica amplamente aceite e considerada fundamental à adaptação do RN ao meio extrauterino, fortalecendo o vínculo entre a díade. De acordo com uma revisão levada a cabo por Moore, Anderson, Bergman e Dowswell (2012), o contacto pele a pele melhora a performance cardiorrespiratória do RN, diminui o nível de choro e promove o AM. Ele atua, por isso, como um *stressor* interpessoal positivo, fortalecendo a linha flexível do RN (sistema/cliente), capacitando-o para uma melhor adaptação ao meio extrauterino.

No que concerne ao AM na 1ª hora de vida, ele contribui para a sua manutenção futura, fortalecendo o sistema imunitário do RN e diminuindo o seu nível de dor e desconforto. (OE, 2014). Também neste caso, o AM funciona como *stressor* interpessoal positivo, fortalecendo o sistema do RN, sobretudo, no que concerne à prevenção de complicações (prevenção primária).

¹⁸ H3.2.7. Assegura a avaliação imediata do RN implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina e competência nº6 do ICM: “as parteiras prestam cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade”.

O AM é intuitivo para o RN, mas nem sempre para a mãe. É, por isso, essencial, apoiar as mulheres neste momento, que muitas consideram ser mais desafiante, que o parto si. O meu papel surgiu como veículo facilitador do processo, alertando as mulheres para os sinais de boa pega, tendo o cuidado de não as sobrecarregar com informação, visto a sua capacidade de apreensão, não estar em pleno naquele momento (Levy e Bertolo, 2012). Tentava, ainda, esclarecer as suas dúvidas relativamente ao AM, conferindo-lhes sentimentos de autoconfiança, empoderamento e crença na capacidade intrínseca, que o seu corpo tem, em produzir alimento para o RN.

Ainda em contacto pele a pele, validava as pulseiras de identificação do RN com a mãe e colocava-as no seu membro superior e inferior. Aproveitava, ainda, este momento para administrar a injeção profilática de 1mg de vitamina k (Fitomenadiona), após consentimento informado da mãe/família, no sentido de prevenir fenómenos hemorrágicos no período neonatal, de acordo com as orientações da WHO (2018).

Após a realização do contacto pele a pele, com a mãe, os RN eram pesados, vestidos e colocada a pulseira eletrónica de segurança. Nos casos em que as mães apresentavam STB positivo, era realizada ao RN, a profilaxia ocular com azitromicina (prevenção primária). Todos os RN a quem prestei cuidados foram transferidos para o internamento de puerpério, na companhia das suas mães.

Nas situações de parto por CST, prestei os cuidados imediatos ao RN, promovendo, sempre que a equipa multidisciplinar o consentia, o contacto a pele precoce, ainda na sala operatória. Esta é uma prática, ainda, de difícil realização, sobretudo, devido às resistências encontradas dentro da equipa multidisciplinar. Acredito, porém, que à semelhança de outras técnicas, inicialmente polémicas e hoje em dia, aceites e recomendadas, também, o contacto pele a pele na cesariana será em breve uma “rotina”, graças à perseverança, empenho e dedicação dos enfermeiros.

Durante este estágio, tive ainda, a oportunidade de observar uma situação, hoje em dia, rara, a hidrúpsia fetal. Esta foi uma situação resultante de um processo de isoimunização, numa gestação mal vigiada. Este é considerado um *stressor* negativo, que afeta gravemente o core fetal, colocando a sua vida em risco. O RN de 30 semanas, ainda foi transferido para a unidade de neonatologia, onde acabou, infelizmente, por falecer. Esta situação despertou em mim, sentimentos de incompreensão e uma certa revolta. Como é possível, haver mulheres/famílias que negligenciam a vigilância da gravidez, sendo esta totalmente gratuita e acessível?

Pude, aliás, verificar que um considerável número de mulheres, oriundas de países de língua oficial portuguesa, vêm vigiar os últimos 3 meses de gestação e parir no nosso país, de forma totalmente gratuita.

Em suma, posso considerar, que o objetivo supracitado foi atingido com sucesso. Desenvolvi competências como enfermeira obstetra na prestação de cuidados especializados ao RN, promovendo uma boa adaptação à vida extrauterina e um início de vida saudável. Prestei cuidados imediatos ao RN, despistando precocemente complicações, promovi o contacto pele a pele precoce, a clampagem tardia do cordão e o AM na 1ª hora de vida. Foi por fim, promovida a continuidade dos cuidados e o adequado registo dos cuidados prestados.

3.5 Cuidar da Mulher e Família Durante o Período Pós-natal

Cuidar da mulher/família/RN, no período pós-natal, por forma a proporcionar uma recuperação física, psicológica e emocional ideais e uma adaptação saudável ao novo papel, foi outros dos objetivos, que me propus alcançar.

Tive oportunidade, numa lógica de continuidade de cuidados, visitar, apenas 7 mulheres no serviço de puerpério. A informação relativa ao puerpério recente das restantes 40 puérperas, foi adquirida, por meio do S-Clínico.

Após a alta hospitalar, verifica-se um período crítico. A mulher deixa um ambiente seguro, com uma rede de suporte profissional, para regressar a um ambiente, em que terá que resolver as necessidades de forma autónoma (Levy e Bertolo, 2012). No pós-parto tardio, conforme, previamente, acordado durante o parto, contactei telefonicamente 31 puérperas. Apesar do meu contacto ser sobretudo na ótica de *follow up* do trauma perineal, acabava por questionar a mulher, acerca de todos os aspetos relacionados com o puerpério. A recuperação do parto, as alterações hormonais, a privação do sono e os desafios do aleitamento materno, são *stressores* negativos capazes de condicionar o bem-estar físico e emocional da puérpera. Foram várias, as mulheres que procuraram esclarecer as suas dúvidas, demonstrando, que o suporte facultado neste período, está longe de ser o ideal, no nosso país. No ECIII, apercebi-me que a visita domiciliária é, apenas, realizada, conforme a capacidade da instituição que a promove. De acordo com a Portaria n.º 1368/2007, todas as unidades de cuidados de saúde primários têm na sua carteira básica de serviços, a visitação

domiciliária à puérpera e ao RN. Apesar de regulamentada, a visita domiciliária, ainda não é encarada como essencial, por parte das administrações das unidades de saúde.

Das puérperas contactadas, 20 referiram ter dor perineal ligeira, 9 tiveram dor moderada e apenas 2 mulheres referiram presença de dor severa. Entre estas últimas, estava a mulher que sofrera a laceração de 3º grau. À parte da dor, a mulher referiu sentir incontinência fecal, pelo que sugeri a realização de exercícios de fortalecimento pélvico e aconselhei-a a consultar o seu médico de família, no sentido de requisitar uma avaliação de fisioterapia, visto a consulta de uroginecologia ser apenas dali a 6 meses. Contribuí, assim, para a prevenção terciária, no sentido de procurar a homeostase do sistema e prevenir complicações futuras.

Considero que o objetivo, inicialmente, traçado, foi, apenas parcialmente atingido, na medida em que o seguimento no serviço de puerpério, foi difícil de realizar. Foi muito difícil, conciliar os turnos de estágio com o período de internamento das puérperas. No que concerne ao *follow up* no domicílio, considero que foi realizado com sucesso à maioria das mulheres assistidas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento de uma criança é, hoje em dia, um dos maiores investimentos que uma família pode realizar. Trazer um novo ser ao mundo, representa a renovação da espécie, mas também, a renovação da esperança de uma vida melhor. O parto acarreta, por isso, uma grande expectativa, ansiedade e medo, à maioria dos pais. Segundo o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014), o nascimento é um evento de mudança de vida e o apoio conferido às mulheres durante o TP tem o potencial de as afetar física e emocionalmente, a curto e a longo prazo. É, portanto, exigido ao profissional que assiste o parto, competências de excelência no ato de cuidar, sendo capaz de proporcionar um ambiente seguro, envolto de empatia e harmonia. O enfermeiro obstetra é o profissional mais competente, social e legalmente reconhecido, para o desempenho destas funções, muito graças à sua formação. Segundo a OE, o enfermeiro obstetra: “(...) assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher (...)” (OE, 2011, p.8662).

O exercício autónomo do enfermeiro obstetra acarreta, igualmente, inúmeras vantagens para os serviços de saúde. A OE (2015), refere que os cuidados prestados pelos EEESMO, sobretudo os cuidados autónomos, traduzem-se em ganhos para a saúde, não só para a mulher, mas para área da saúde em geral. A própria evidência, que tive oportunidade de consultar, refere que os cuidados prestados pelos enfermeiros obstetras/parteiras, contribuem para a elevação dos indicadores de qualidade, nomeadamente, a diminuição da incidência de episiotomias e diminuição do trauma perineal, em geral (Rocha, e Zamberlan, 2018).

Este relatório surge como sendo o culminar de um processo de aprendizagem, longo e dotado de grande complexidade. Desde as aprendizagens formais em sala de aula, passando pelos diversos ensinamentos clínicos, o estágio no bloco de partos, surge como o clímax deste processo formativo. À parte da aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, este estágio foi o palco para o desenvolvimento de uma temática, capaz de produzir conhecimento e ganhos para a prática clínica individual e da equipa envolvente.

O trauma perineal, foi a problemática que eu optei por desenvolver. Apesar do tema, não ser novo, ele continua a constituir uma grande preocupação para as

mulheres e para as equipas de saúde, pela morbilidade que acarreta. De facto, tive oportunidade de realizar um diagnóstico de necessidades no seio da equipa, onde o ER teve lugar. Este demonstrou, unanimemente, a pertinência de haver uma ação de formação no âmbito do trauma perineal, a qual decorreu, nos dias 26 e 27 de junho (apêndice XI). No final da ação, solicitei o preenchimento de um documento de avaliação relativamente à ação desenvolvida, que se encontra no anexo VII, sendo que o resultado final, foi bastante positivo (apêndice XII).

A incidência do trauma perineal, conforme referido na literatura atinge valores assustadoramente elevados. Na minha prática clínica, não foi exceção, correspondendo a 87% dos partos assistidos. Apesar da evidência científica, enumerar um conjunto alargado de medidas preventivas face ao trauma perineal, pude constatar da minha prática clínica, que apenas os esforços expulsivos espontâneos e a técnica *hands off* tiveram resultados evidentes. Outro resultado efetivo, prendeu-se com o facto da verticalização, não ter aumentado a incidência de trauma perineal, conforme corroborado pela evidência científica.

A taxa de episiotomia durante a minha prestação clínica, não foi além dos 10%, cumprindo o valor aconselhado pela OMS (1996). Amada por uns e odiada por outros, a episiotomia, tem gerado grande controvérsia nos últimos anos. A minha experiência, leva-me a concluir, que a episiotomia, é uma técnica que deve ser realizada de forma assertiva. Em algumas situações, optei por realizá-la, não obedecendo às indicações preconizadas pela literatura, contudo, para aquelas mulheres, naquele momento de dor e desespero, foi a melhor opção para abreviar o período expulsivo doloroso, que elas estavam a experienciar. Numa das situações, a execução da episiotomia, foi precisamente, a pedido da parturiente. Durante este estágio, tive, inclusive, a clarividência que o meu papel como enfermeira obstetra, não é decidir o que eu acho ser melhor para a mulher, mas proporcionar, de forma informada e esclarecida, o que cada mulher considera ser o melhor para si.

Globalmente, considero que os resultados da minha prática de cuidados são limitados, visto resultarem da minha, ainda, pouca experiência. Não se tratando de um estudo de investigação, estes resultados poderão ser, apenas, norteadores da minha prática clínica futura.

A maior limitação encontrada no desenvolvimento deste tema, relaciona-se com a dimensão multifatorial que caracteriza o trauma perineal. Ele é muito difícil de prever, sobretudo, pela impossibilidade de isolar os múltiplos fatores que o condicionam. É

fundamental, por isso, fazer uma avaliação individualizada de cada sistema/cliente, numa ótica de cuidado centrado no mesmo, avaliando as suas múltiplas variáveis e otimizando uma conduta de prevenção primária, adequada a cada situação.

Apesar dos resultados, por mim apresentados, não constituírem evidência científica, a sua partilha trouxe alguns ganhos para a equipa, onde estive integrada. Considero que o maior ganho, foi de facto, demonstrar à equipa a importância de haver uniformidade na classificação das lacerações perineais. O facto de haver uma enorme discrepância na classificação, conduz, invariavelmente, a um enviesamento dos resultados da prática clínica do serviço, o que pode condicionar a qualidade dos cuidados prestados. Segundo a OE (2011), a competência profissional encontra-se estreitamente ligada à qualidade nos cuidados, ou seja, só com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade.

Sendo a enfermagem uma profissão que assenta em pressupostos científicos, os trabalhos desenvolvidos pelos seus profissionais, fazem crescer e elevar a profissão na comunidade científica e na sociedade em geral. A OE em 2006, faz uma tomada de posição acerca da investigação em enfermagem, referindo que esta “é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos clientes, famílias e comunidades” (OE, 2006, p.1). A elaboração deste relatório despertou em mim, a curiosidade de saber mais, continuando a estudar e quiçá investigar. De acordo com a pesquisa realizada, não existe nenhum instrumento que avalie, de forma sistematizada, o risco para a ocorrência de trauma perineal durante o parto por via vaginal. Considero, por isso, que seria muito útil para a prática de cuidados na área da obstetrícia, a criação de uma escala, que permitisse avaliar o risco, que cada mulher apresenta para a ocorrência de trauma perineal durante o parto, de acordo com as suas variáveis fisiológicas e de desenvolvimento.

Num futuro mais próximo, pretendo partilhar os resultados, agora, obtidos, no serviço onde, profissionalmente, exerço funções, como enfermeira de cuidados gerais (brevemente como EEESMO), numa lógica de partilha de saberes e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em suma, concluo que, com a realização deste estágio, consegui desenvolver competências como enfermeira obstetra na prestação de cuidados especializados, autónomos e interdependentes à mulher inserida na família e na comunidade, que vivencia processos de saúde/doença do foro ginecológico, no período pré-natal, nos 4

estádios de TP e ao feto/RN, em contexto hospitalar. Cumpri, também, o propósito deste relatório, que foi a análise reflexiva do meu percurso de aprendizagem, mobilizando o modelo de sistemas de Neuman e a evidência científica mapeada.

Termino, este relatório com o sentimento de dever cumprido, apesar das dificuldades e obstáculos encontrados durante a sua execução. Ainda assim, considero que o balanço final foi extremamente positivo. A felicidade de poder ajudar a nascer, superou todas as dificuldades...já diz o ditado, quem corre por gosto, não cansa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, M. & Valinho, L. G. (2017). Vírus da Imunodeficiência Humana In M. Néné, R. Marques & M. Batista (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (244-251). Lisboa: Lidel.
- Amorim, A. Francisco, A; Vasconcellos De Oliveira, M.; Steen, M., Roberto, M., Nobre, C. & Souza, V. (2017). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: randomized controlled trial. *Women and Birth*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.011>.
- Aasheim, V. (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Syst Ver*, 12. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
- Ahmadi, Z., Torkzahrani, S., Roosta, F., Shakeri N. & Mhmoodi, Z. (2017) Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Moment of Delivery: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. Published by Wolters Kluwer, Medknow. DOI: 10.4103/1735-9066.202071.
- Alperin, M., Krohn, M. & Parviainen, K. (2008). Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 111(6), 1274-1278. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31816de899.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa Parto Normal: as parteiras apoiam o parto normal*. Lisboa: Lusociência
- Becker, S., Solomayer, E., Dogan, C., Wallwiener, D. & Fehm, T (2007). Meconium-stained amniotic fluid - perinatal outcome and obstetrical management in a low-risk suburban population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*.132,46-50.
- Beckmann, M. & Garret, A. (2006) Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Bismarck, J. A. (2003). *Biblioteca da Dor: Analgesia em Obstetrícia*. Lisboa: Permanyer Portugal. ISBN: 972-733-133-5.
- Brown, D. (2000). Spinal, Epidural and Caudal Anesthesia. In R. Miller (2000). *Anesthesia*. (5th ed). Philadelphia: Churchill Livingstone.

- Buppasiri, P., Lumbiganon, P., Thinkhamrop, J. & Thinkhamrop, B. (2010). Antibiotic prophylaxis for third and fourth degree perineal tear during vaginal birth. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 11.
- Campos, D. (2005). Episiorrafia e correcção de laceração perineais de 2º grau. In Campos, D. e Montenegro, A. Nuno, coord. – Protocolos de medicina materno-fetal. Lisboa: Lidel. ISBN 972-757-363-0. p.134-135.
- Cohen, W. & Friedman, E. (1983). Management of Labour [s.n], [s.l].
- Chou, D., Abalos, E., Gyte, GM. & Gulmezoglu, K. (2010) Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum perineal period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. DOI: 10.1002/14651858.CD008407.pub2.
- Cunningham, F. (2010). *Obstetrícia de Williams*. McGrae-Hill.
- Dahlen, H. & Caplice, S. (2014). What do midwives fear? *Women and Birth*, 27(4) 266-270. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.008>
- Despacho nº 122/2011. D.R. nº 35, Série II de 18 de fevereiro.
- Decreto-Lei nº 74/2006. D.R. nº 60, Série II de 24 de março.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2004) Gravidez e Vírus da Imunodeficiência Humana. Circular Normativa Assunto: Nº: 01/DSMIA
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS. Acedido a 23/12/2017, disponível em: <https://www.dgs.pt/>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2015b). Trabalho de parto estacionário. Orientações técnicas. Acedido a 13/06/2018, disponível em: <http://www.dgs.pt/diretrizes-ds-dgs/orientações-e-circulares-informativas/orientação-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- Edqvist, M., Blix, E., Hegaard, H., Ólafsdottir, O., Hildingsson, I., Ingversen, K., Mollberg, M. & Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16(196),1-8. DOI 10.1186/s12884-016-0990-0
- Eidelman, A., Weiss J., Baldwin, C., Enu, I., McNicol, E. & Carr, D. (2011) Topical anaesthetics for repair of dermal laceration. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 6 (CD005364). DOI: 10.1002/14651858.CD005364.pub2.

- Elharmeel S., Chaudary, Y., Tan, S., Scheermeyer, E., Hanafy, A. & Van Driel, M. (2011). Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2.
- Essa, R., Nemat, A. & Ismail, N. (2015). Effect of second stage perineal warm compresses on perineal pain and outcome among primiparae. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6 (4).
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (2018). *Guia Orientador do Estágio com Relatório*. Ano lectivo 2017/2018. Lisboa: ESEL
- Euro-Peristat (2013). *European Perinatal Health Report – Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Project with SCPE and EUROCAT. Acedido em 13/05/2018, disponível em: www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
- Fahey, J. (2008). Clinical Management of Intra-Amniotic Infection and Chorioamnionitis: A Review of the Literature. *Midwifery Womens Health*, 53(3), 227-235. DOI: 10.1016/j.jmwh.2008.01.001.
- Frezzatti-Junior, W. (2011). Construção da oposição entre Lamarck e Darwin e a vinculação de Nietzsche ao eugenismo. *Scientiae Studia*, 9 (4), 791-820. Acedido a 04/06/2018, disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ss/article/view/11223/12991>
- French, P. (1999). The development of evidence-based nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 72-78. Acedido a 1/05/2018m disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.1999.00865.x>
- Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A. & Quintana, S. (2014) A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Dor*, 15(4). Acedido a 12/05/2018, disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140054>
- Geranmayeh, M., Habibabadi, Z., Fallahkish, B., Farahani, M., Khakbazan, Z. & Mehran, A. (2012). Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Arch Gynecol Obstet*, 285, 77–81 DOI 10.1007/s00404-011-1919-5.
- Gherman, R., Chauchan, S., Ouzounian, J., Lerner, H, Gonik, B & Goodwin, M. (2006). Shoulder dystocia: The unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(3), 657-672. Acedido a 21/06/2018, disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(05\)01463-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(05)01463-8/fulltext).

- Goh, R, Goh, D. & Ellepola, H. (2018). Perineal Tears - A review. *Australian Journal of General Practice*, 47 (1-2). Acedido a 26/05/2018, disponível em: <https://www1.racgp.org.au/AJGP/2018/January-February/Perineal-tears-A-review>
- Gomes, T. & Filho, L. (2010). *A Bíblia do Bebê*. São Paulo: CMS.
- Graça, L. M. (2010). *Medicina Materno-fetal*. (4ª Ed.). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-fetal*. (5ª Ed.). Lisboa: Lidel.
- Gray, E. (2015). Perineal care over the past 25 years: The use of episiotomy in midwifery practice. *Midwifery News*.
- Grupo Português de Triage (2015). *Sistema de Triage de Manchester*. Acedido a 26/05/2018, disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110
- Gupta, J., Hofmeyr & G., Smyth, R. (2004) Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 1. DOI:10.1002/14651858.CD002006.
- Hajjaj, J. (2017). Clinical practice: Perineal suturing. *British Journal of Midwifery*, 25 (5). Acedido a 21/04/2018, disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2017.25.5.297>
- Hauck, Y. L.; Lewis, L.; Nathan, E.; White, C. & Doherty, D. (2015). Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study. DOI: 10.1016/j.wombi.2014.10.007.
- Hay-Smith, J., Morkved, S., Fairbrother, K. & Herbison, G. (2008) Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 4 (CD007471). DOI: 10.1002/14651858.CD00741.
- Hobbs L. (1998). Assessing cervical dilatation without VEs. Watching the purple line. *Practice Midwife*, 1(11), p.34-35. Acedido a 23/06/2018, disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/100/tde-30062011-155136/pt-br.php>
- Inácio, I. (2017). Diabetes Gestacional In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.200-205). Lisboa: Lidel.

- International Confederation of Midwives (ICM) (2013). Essential competencies for basic midwifery practice. *Documento Orientador da Unidade Curricular de Opção, 2014-2015*. Lisboa. ESEL
- International Council of Nurses (ICN) e Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Pelo Direito ao Parto Normal: uma visão partilhada*. (2ª ed). Lisboa: OE.
- Jukes, M. & Spencer, P. (2007) Models for practice Neuman's Systems Model In M. Jukes & J. Aldridge (2007) *Person Centred Practices - A holistic and integrated approach*, (32-50). London: Quay Books. Acedido a 15/03/2018, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/256686465_Neuman's_Systems_Model
- Junior, M. & Junior, R. (2016). Episiotomia Seletiva nos dias atuais: indicações, técnica e associação com lacerações perineais graves. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38 (6). Acedido a 10/05/2018, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v38n6/0100-7203-rbgo-38-06-00301.pdf>
- Kettle, C. & Tohill, S. (2011). Perineal Care. *BMJ Clinical Evidence*, 4 (1401). Acedido a 15/04/2018, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907946/>
- Kramer, M. (2001). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA*, 285, 413-420. Acedido a 21/06/2018, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11242425>
- Kitzinger, S. (2005). *The complete book of pregnancy & childbirth*. (4th ed.) New York: Alfred A. Knopf.
- Lane, T.; Chung, C., Yandell, P.; Kuehl, T. & Larsen, W. (2017). Perineal body. Length and perineal lacerations during delivery in primigravid patients. *Pub.Med*, 30(2), 151-153. Acedido a 15/04/2018, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28405063>
- Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R. & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery* 50, 72–77. Acedido a 15/04/2018, disponível em: www.elsevier.com/locate/midw
- La Rosa-Várez, Z. (2013). Maniobras de protección perineal: manejo expectante frente a manejo activo. *Matronas profesión*, 14(1), 19-23. Acedido a 14/05/2018, disponível em:

<http://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/maniobras-de-proteccion-perineal-manejo-expectante-frente-a-manejo-activo-revision-de-la-bibliografia/>

- Lemos, A., Dean, E., & Andrade, A. D. (2011). Duração da Manobra de Valsalva durante o período expulsivo do parto: repercussões maternas e nas condições neonatais de nascimento. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(1), 66-72. Acedido a 10/11/2018, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552011000100012&script=sci_abstract&tlng=pt
- Leveno, K, Nelson, D. & McIntire, D. (2016). Second-stage labor: how long is too long? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(4), 484-489 Acedido a 23/06/2018, disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(15\)02231-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)02231-0/fulltext)
- Leventhal, C., Oliveira, S. Nobre, M., & Silva, F.(2011) Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: a randomized controlled trial. *Midwifery Womens Health*, 56(2),141-6. DOI: 10.1111/j.1542 2011.2010.00018.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Unicef Portugal.
- Lodge, F. & Haith-Cooper, M. (2016). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: a systematic review. *British Journal of Midwifery*. March, 24 (3). Acedido a 20/04/2018, disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2016.24.3.172>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed.), Camarate: Lusodidacta
- Machado, N. (2000). *Educação: Projetos e Valores*. São Paulo: Escrituras Editora.
- Machado, M. H. e Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral In Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-fetal* (5ª Ed.) (p.220-235). Lisboa: Lidel
- Martins, E., Marques, M. J. & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18 (1), (163-168). Acedido a 13/06/18, disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9878/9616>
- Masters, K. (2012). *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice (Masters, Nursing Theories)*. (12nd ed.). Jones & Bartlett Publishers.

- McDonald & Dowswell. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on mother and baby outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
- Meneses, T., Reis, C., Oliveira, N., Carrilho, B., & Martins, A. T. (2018). Restrição de Crescimento Fetal In Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) (2018). *Protocolos de Atuação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Lisboa: Lidel.
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2017). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto In M. Néné, R., Marques, M. Batista (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.335-351). Lisboa: Lidel.
- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Ver*, 5. DOI:10.1002/14651858.
- Morris, A., Berg, M. & Dencker, A. (2013). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3, 7-15 Acedido a 3/05/2018, disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/ijgo>.
- Narchi, N., Camargo, D., Salim N., Menezes M. & Bertolino, M. (2011). The use of the "purple line" as an auxiliary clinical method for evaluating the active phase of delivery. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 11(3), 313–22
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Intrapartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth*. London: NICE, acedido a 12/06/2018, disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Néné, M., Marques, R & Batista, M. (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5ª Edição. Boston: Pearson Education, Inc.
- Norwitz, E. & Schorge, J. (2003). *Compêndio de obstetrícia e ginecologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Nour, M. (2009). Female circumcision and genital mutilation. Mater Education Centre. Acedido a 13/05/2018, disponível em: www.uptodate.com.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Acedido em 12/04/2018, disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006). Tomada de Posição – Investigação em Enfermagem. Lisboa: Conselho Diretivo. Acedido a 20/06/2018, disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009). *Código Deontológico, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia. Lisboa, OE.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2014). Projeto da MCEESMO-OE, Maternidade com Qualidade. Lisboa: OE. Acedido a 23/05/2018, disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas_antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Conselho Jurisdicional. Lisboa: OE.
- O'Reilly, B., Bottomley, C. & Rymer, J. (2008). *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia*. Loures: Lusodidacta.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1985). Tecnologia apropriada para o nascimento e parto. *Lancet*, 24, 436-437. Acedido a 19/06/2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2005). *Parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto. Manual para professores de enfermagem obstétrica. Educação para a maternidade segura: módulos de educação*. Genebra: OMS. Acedido a 21/06/2018, disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9248546668_3_por.pdf
- Oxorn, H. (1989). *Trabalho de Parto* (5ª edição). São Paulo: Roca.
- Pearson, A. (2005). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(12), 123-133.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992) *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

- Pedrolo, E. (2009). A Prática Baseada em Evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Enfermagem* [em linha]. 14 (4). ISSN 2176-9133.
- Pereira, R., Cardoso, M. J., Martins, M., Santos, A., Figueiredo, M. & Carneiro, A. (2015). Atitudes e barreiras em relação à prática baseada na evidência. *Evidentia*, 12(49), 1-7. Acedido a 3/05/2018, disponível em <http://www.index-f.com/evidentia/n49/ev4901r.php>.
- Pierre, A.; Bastos, G.; Oquendo, R. & Júnior, C. (2003) Repercussões Maternas e Perinatais da Ruptura Prematura das Membranas até a 26ª Semana Gestacional. *RBGO* 25 (2), 109-114.
- Portaria nº1368/2007 de 18 de outubro (2007). Diário da República, Série I nº201, 7655-7659.
- Prada, F. & Rafael, M. (2017). Desvios ao Trabalho de Parto Normal In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2017). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (p.368-376). Lisboa: Lidel.
- Premkumar G. (2005). Perineal trauma: reducing associated postnatal maternal morbidity. *Midwives*, 8(1),30-2.
- Progianti, J. M., Araújo, L. M. & Mouta, R. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Revista Enfermagem*, 12 (1), 45-49. Acedido em 19/6/2018 em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>
- Queensland Clinical Guidelines (2015). *Perineal Care*. Queensland: Queensland Health. Acedido em 12/03/2018, disponível em: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0021/142482/s-pericare.pdf
- Reed R., Barnes M. & Allan (2009). Nuchal cords: sharing the evidence with parents. *British Journal of Midwifery*. 17 (2), 106-9. ISSN: 0969-4900.
- Richmond, D. (2014). Perineal tering is a national issue we must adress. *Royal College of Obstetricians and Gyneacologists*. Acedido a 12/06/2018, disponível em: <https://www.rcog.org.uk/en/blog/perineal-tearing-is-a-national-issue-we-must-address/>
- Rocha, B., Zamberlan, C. (2018). Prevention of perineal lacerations and episiotomy: evidence for clinical practice. *Journal of Nursing UFPE* 12(2):489-98. Acedido a 21/04/2018, disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230478p489-498-2018>

- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (2004). *Methods and materials used in perineal repair*. Guideline no.23. London: RCOG.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (2007). *The management of third- and fourth-degree perineal tears*. Green-top guideline 29. London: RCOG.
- Sackett, D., Strauss, S., Richard, S., Rosenberg, W. & Haynes, B. (2000). Evidence based medicine: How to practice and teach EBM (2º edition). Edinburgh: *Churchill Livingstone*.
- Savaris, R (1999) Amnioinfusão em Trabalho de Parto com Líquido Meconiado *RBGO*. 21 (7), 389-392. Acedido a 11/06/2018, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072031999000700004&script=sci_abstract&lng=pt
- Shahoei, R., Zaheri, F., Nasab, L., Ranaei, F. (2017) The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician*, 9 (10), 5588-5595. DOI: 10.19082/5588.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.
- Simic, A., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A., Stephansson, O. (2017). Duration of second stage of labour and a instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population based study. Simic et al *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17 (72). DOI 10.1186/s12884-017-1251-6.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2001). *Consenso sobre hemorragias uterinas anormais*. Estoril: Sociedade Portuguesa de Ginecologia
- Somerville, D., & Keeling, J. (2004). A practical approach to promote reflective practice within nursing. *Nursing Times*, 100(12), 42–45. Acedido a 12/07/2018, disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/308e/f728381617b3a4ea2751d446266edc05083a.pdf>.
- Stevenson, L. (2010). Guideline for the systematic assessment of perineal trauma. *British Journal of Midwifery*, 18(8), 498-501. Acedido a 13/06/2018, disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjom.2010.18.8.49320>
- Sultan, A., Thaker, R., Fenner, D. (2007). *Perineal and Anal Sphincter Trauma. Diagnosis and Clinical Management*. London: Springer-Verlag

- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009). Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: nomenclature and General Management Principles ACOG Practice Bulletin. *Obstetrics & Gynecology*, 114(1), 192-200. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181aef106
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2014). Consensos nos cuidados obstétricos para a preservação segura da primeira cesariana. Acedido a 22/06/2018, disponível em: http://www.bionascimento.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=26
- The Joanna Briggs Institute (JBI) (2017). *Methodology for JBI Scoping Reviews, Reviewers Manual*. Australia: JBI.
- The Royal College of Midwives (RCM) (2012). Care of the Perineum. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour. Acedido a 12/05/2015, disponível em: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Care%20of%20the%20Perineum.pdf>
- Thompson, S., Walsh, D. (2015). Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth. *British Journal of Midwifery*. 23 (8). Acedido a 21/04/2018, disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjom.2015.23.8.553>
- Ugwu, E., Ifeikigwe, E., Obi, S., Eleje, G., Ozumba, B. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. Japan Society of Gynaecology and Obstetrics. DOI:10.1111/jog.13640
- UNICEF, WHO (2018). Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised. Implementation Guidance ISBN 978-92-4-151380-7
- World Health Organization (WHO) (1996). Safe Care in Motherhood. *Care in Normal Birth: A practical guide*. Acedido a 13/05/18, disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1
- World Health Organization (2018). WHO recommendations - Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO. Acedido a 8/11/2018, disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

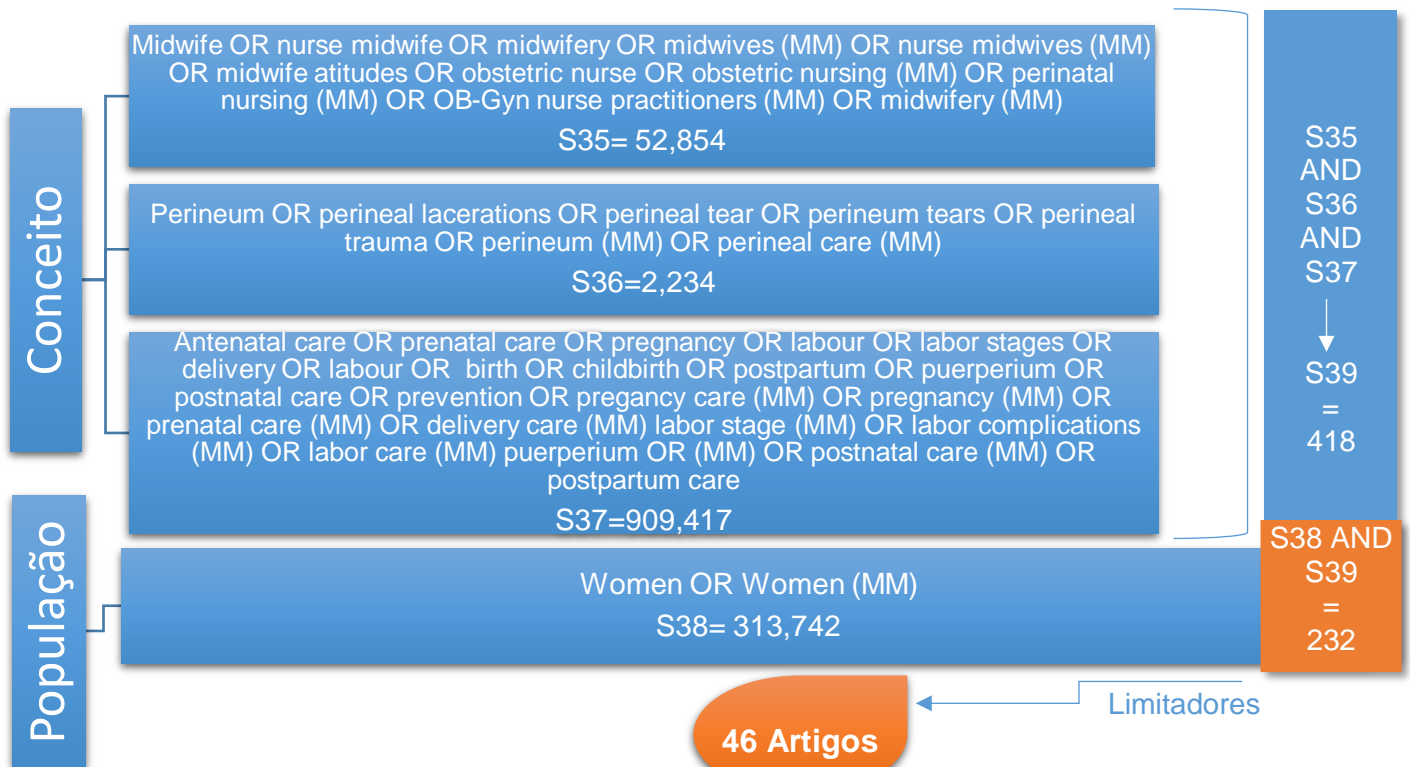
Atividade \ Mês	2015				2017				2018						
	Abril	Maio	Junho	Julho	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
<i>Escolha da problemática</i>															
<i>Revisão Crítica da Literatura</i>		1 → 1													
<i>1º Desenho do Projeto</i>															
<i>RSL</i>				12-15											
<i>Orientação Tutorial</i>	17			4											
<i>Elaboração do Projeto</i>				10 a 23											
<i>Entrega do Projeto</i>				24											
<i>Registo do Projeto</i>											2				
<i>Ensino Clínico I S. de Ginecologia, CHS</i>					9 → 3										
<i>Ensino Clínico II S. de Puerpério, CHS</i>			10 → 15												
<i>Ensino Clínico III UCSP da Moita</i>							6 → 5 (*)								
<i>Ação de Educação para a Saúde no CPP da USP da Moita: "Prevenção do Trauma Perineal da Gravidez ao Puerpério"</i>							12 e 14								
<i>Ensino Clínico IV S. de Obstetria, HGO</i>									8 → 23						

Ensino Clínico V UCIN, HFX							25 → 6							
Práticas Simuladas ESEL									26 → 2					
Estágio Bloco de Partos HGO									5	(**) → 13				
Revisão Scoping									10	2				
Pesquisa Livre										15 a 20				
Elaboração do Registo de Interação de Cuidados									3					
Diagnóstico de necessidades na sala de partos										1 → 1				
Sessões de análise das práticas clínicas										12	24	20		
Sessão de Formação à equipa sobre o tema em estudo												26 e 27		
Entrega dos jornais de aprendizagem									30		8			
Avaliações Formativas											23			
Avaliação Sumativa												26		
Elaboração do Relatório									12	→ 26				
Entrega do Relatório														27
Entrega do Relatório Reformulado	Novembro de 2018													

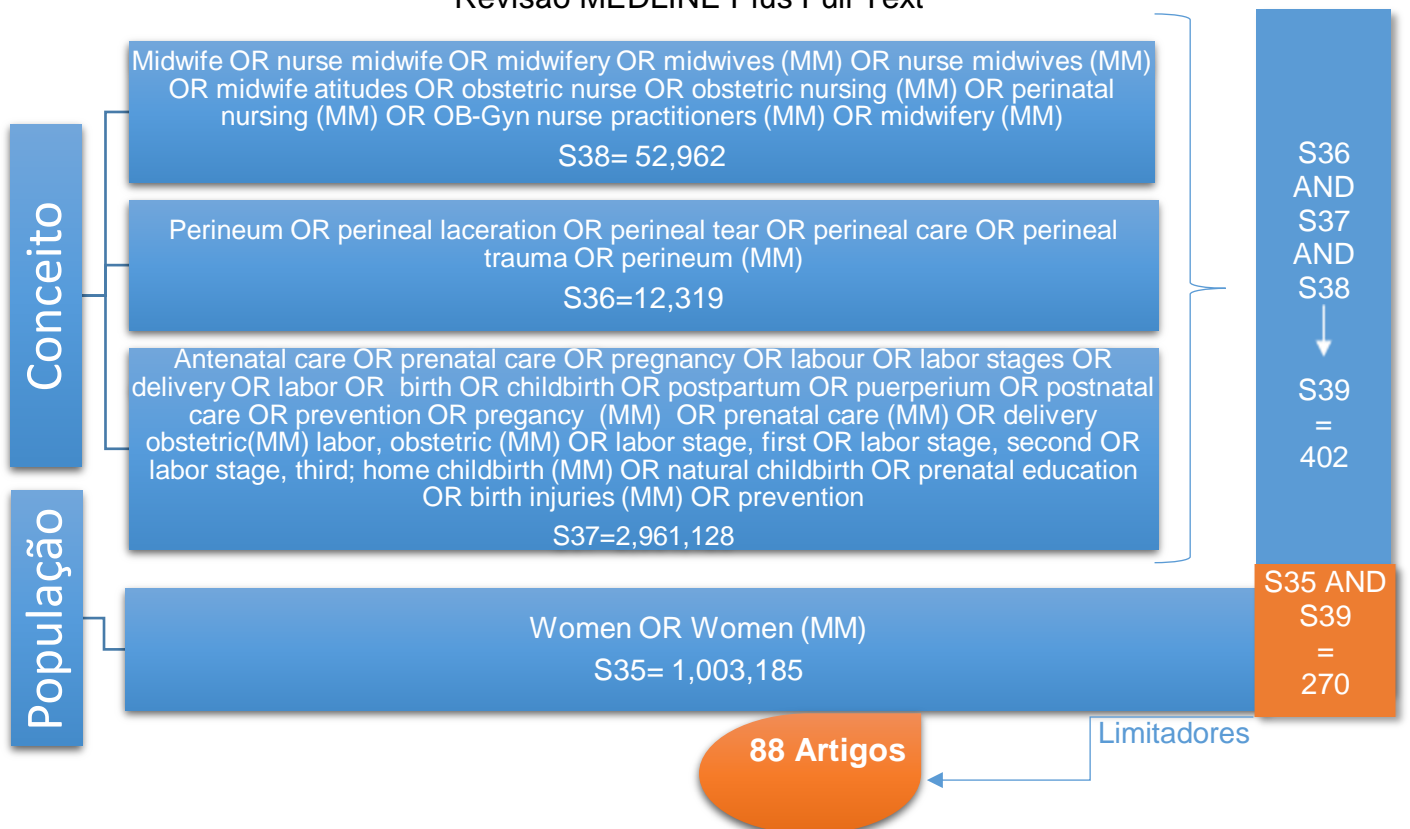
APÊNDICE II

Estratégia de Pesquisa

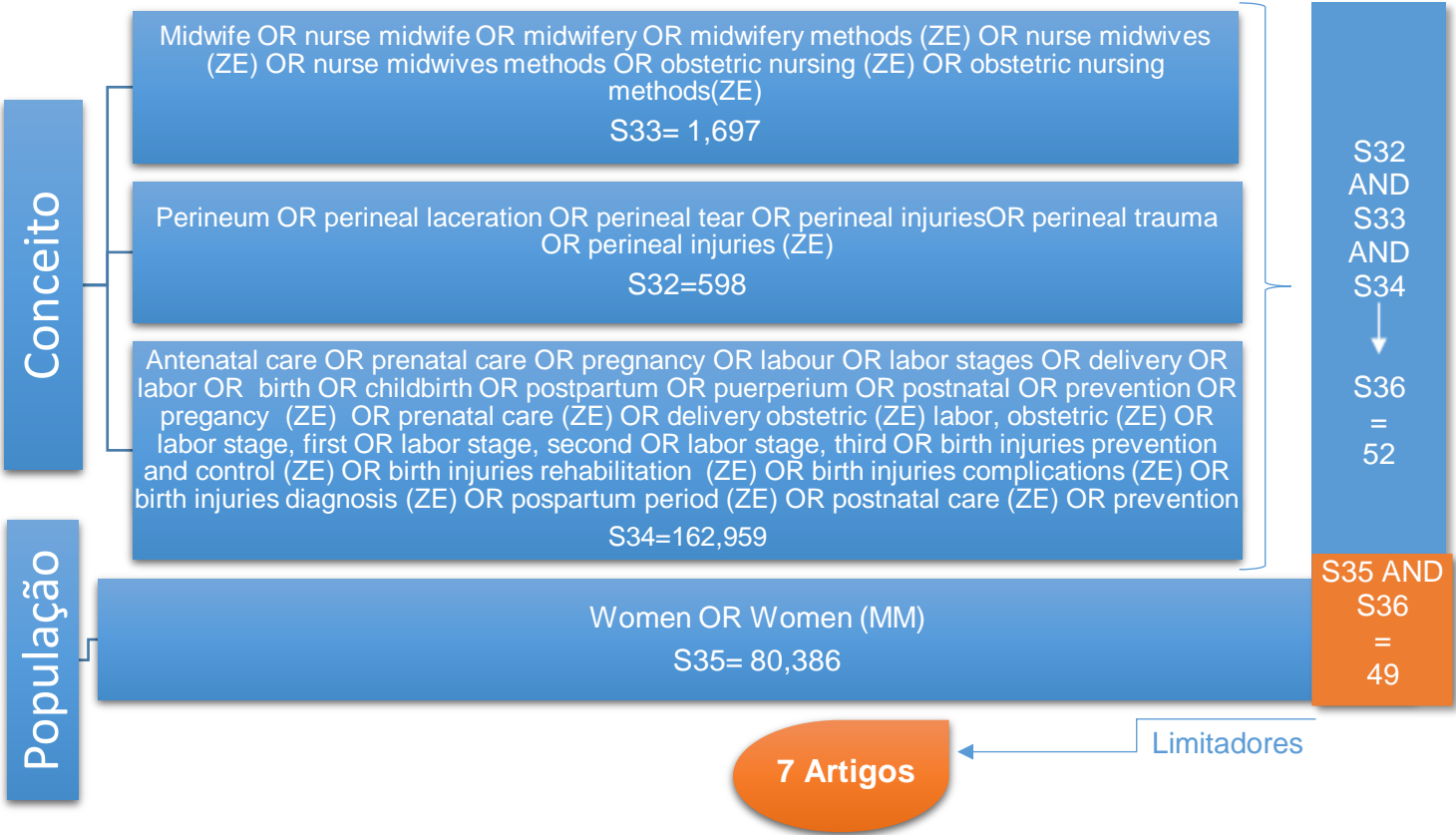
Revisão CINAHL Plus Full Text



Revisão MEDLINE Plus Full Text



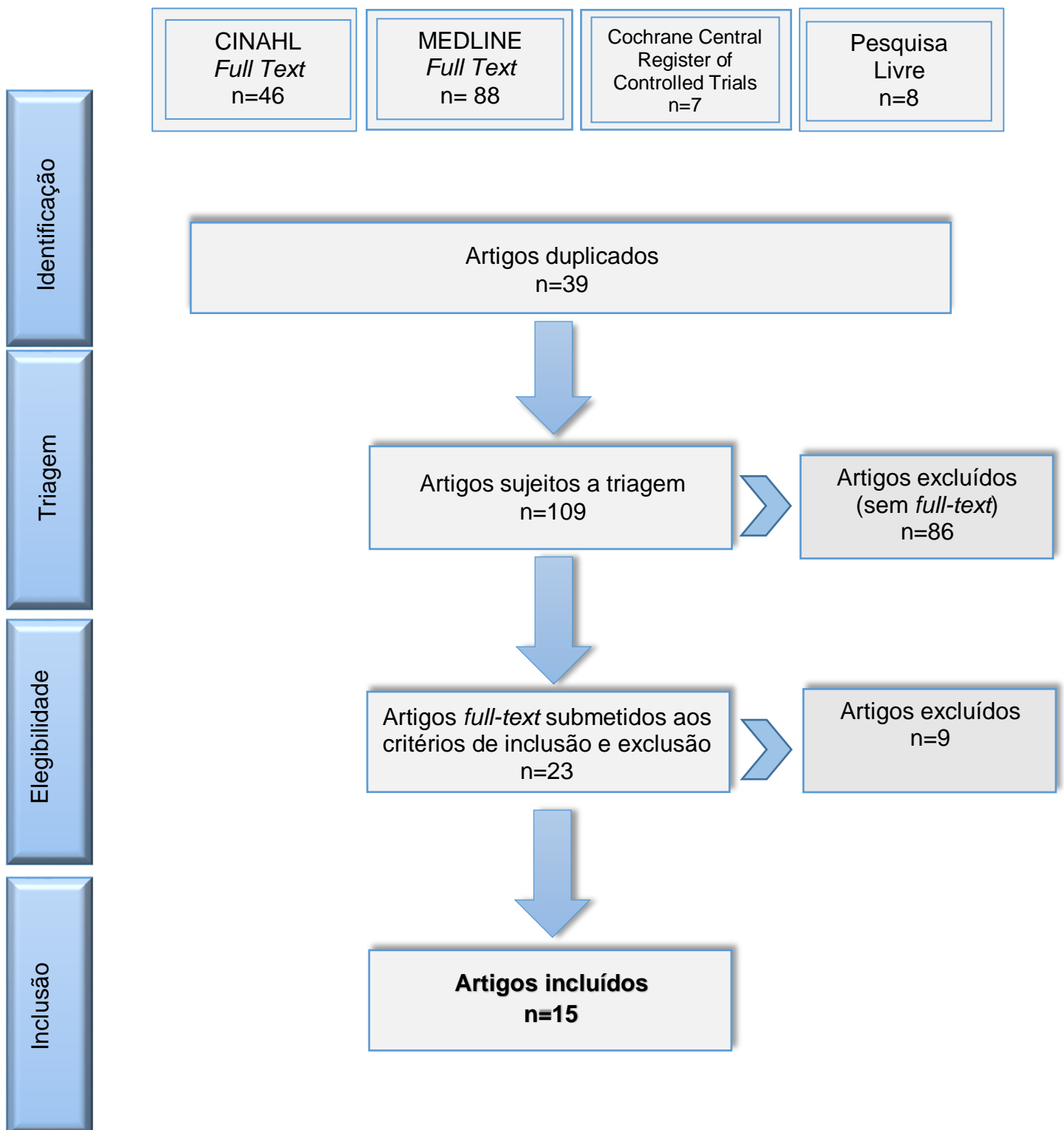
Revisão Chocrane Central Register



APÊNDICE III

Diagrama Prisma: Revisão Scoping

Diagrama Prisma: Revisão *Scoping*



APÊNDICE IV

Quadros de Extração de Resultados

1. Prevention of perineal lacerations and episiotomy: evidence for clinical practice.

Rocha, B.;Zamberlan, C.
(2018)

Metodologia	Revisão da literatura. Foram analisados 18 artigos, dos últimos 5 anos, no período de março a abril de 2017, nas bases de dados Lilacs ePubMed/MEDLINE.
População	-
Objetivos	Analisar as produções científicas sobre a prática clínica em Enfermagem Obstétrica na prevenção de lacerações perineais e redução da episiotomia de rotina.
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• A prevalência de lacerações de 3º e 4º grau está sobretudo relacionado com o peso do RN (superior a 3,5kg) e a adoção de procedimentos invasivos, tais como aplicação de fórceps e ventosa.• No que concerne aos esforços expulsivos, estes não devem ser dirigidos• No que concerne à perspectiva das mulheres submetidas a episiotomia, estas revelam que o procedimento foi realizado sem a sua autorização, ou informadas acerca da sua necessidade. A maioria das mulheres prefere não ser “cortada”, mas sentem-se intimidadas em referir o seu desejo à equipa médica.• Dos estudos incluídos, verificou-se que as mulheres assistidas por enfermeiras parteiras tiveram menos episiotomias, menos lacerações graves e maiores taxas de períneos intactos.• No que concerne aos métodos de proteção perineal utilizados destacam-se técnicas que estão a ser progressivamente mais utilizadas, tais como a técnica de <i>hands off</i>, a massagem perineal, a aplicação do dispositivo epi-no, ou a injeção perineal de hialuronidase.• No que concerne, especificamente, à técnica <i>hands off</i>, dos estudos analisados, conclui-se que é uma técnica que está a ter

cada vez melhores resultados, sobretudo uma maior taxa de períneos intactos, e diminuição da episiotomia. Num dos estudos analisados, verificou-se diminuição das lacerações em geral. Recomenda-se por isso, a adoção das duas técnicas, de forma adequada à situação que se apresenta. Atenção especial à técnica *hands on*, na qual deve-se apenas apoiar a saída da apresentação cefálica, ao invés de a empurrar. No que concerne à técnica finlandesa, esta demonstrou ter menores taxas de lacerações de 3º e 4º graus, mas com menores valores de Índice de Apgar, e maior taxa de episiotomias, pelo que é uma técnica, ainda com pouca evidência no que concerne à sua eficácia e segurança, carecendo de melhor investigação.

- Foi analisado um estudo que avaliou a eficácia de um dispositivo de proteção perineal durante o parto, tendo-se verificado maior percentagem de períneos intactos e menor incidência de lacerações de 2º grau, não tendo sido obtidos efeitos secundários ou contraindicações.
- No que diz respeito a intervenções pré-natais, foram analisados 2 estudos no que concerne à utilização do Epi-No (balão que é insuflado progressivamente durante o período pre-natal, for forma a flexibilizar os músculos perineais). Um dos estudos apresenta bons resultados, no que concerne à diminuição do trauma perineal, enquanto que outro mais recente não comprova a sua eficácia e segurança, pelo que ainda não é recomendado o seu uso.
- No que diz respeito à massagem perineal intraparto, estudos demonstraram que a sua utilização diminui a incidência da episiotomia, mas não apresenta grandes resultados, no que concerne à prevenção de lacerações.
- Verificou-se, ainda que a ITP com oxitocina em fetos macrossômicos com idade gestacional 37-38 semanas, não previne o trauma perineal, assim como, as injeções de

	hialuronidase não demonstraram uma efetividade comprovada, sendo necessários mais estudos.
Conclusões	A literatura analisada direciona a prática para a redução da episiotomia de rotina e a utilização de métodos para a prevenção de lacerações perineais. Além disso, os estudos demonstram a importância da assistência prestada por enfermeiras obstétricas, pois essas profissionais adotam mais medidas de prevenção do trauma perineal, obtendo melhores resultados nesse âmbito, do que a classe médica.

2. Clinical practice: Perineal suturing.

Hajjaj, J.
(2017)

Metodologia	Artigo de Prática Clínica
População	-
Objetivos	Este artigo relata a importância das competências que as parteiras reúnem face ao trauma perineal e à sua reparação.
Resultados	
Conclusões	É esperado que as parteiras reúnam competências na abordagem ao trauma perineal, independentemente da sua tipologia e que sejam capazes de reparar sobretudo as lesões de 1º e 2º grau, promovendo a continuidade dos cuidados. Está documentado que a técnica utilizada na sutura, assim como, o material utilizado, têm um importante impacto na qualidade de vida futura da mulher. É vital que a mulher seja informada acerca dos cuidados perineais a adotar, assim como os desconfortos e complicações que podem advir e por fim em que circunstâncias devem recorrer aos cuidados de saúde.

3. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth.

Edqvist, M.; Blix, E.; Hegaard, H.; Ólafsdóttir, O.; Hildingsson, I.; Ingversen, K.; Mollberg, M.; Lindgren, H.
(2016)

Metodologia	Estudo prospectivo de corte
População	Foram incluídas no estudo 2992 mulheres com parto previamente programado em casa e que lá pariram, entre os anos de 2008 e 2013
Objetivos	Descrever a prevalência do trauma perineal, com diferentes graus de gravidade, em mulheres que planejaram parir em casa e relacioná-la com as várias posições adotadas durante o parto, em 4 países nórdicos.
Resultados	A prevalência de trauma perineal grave foi de 0.7% e de episiotomia foi de 1%. As posições verticalizadas relacionaram-se com o baixo taxa de episiotomias.
Conclusões	A prevalência de trauma perineal grave foi bastante baixa nas mulheres que optaram por ter um parto em casa, podendo-se concluir que as posições verticalizadas (posições majoritariamente usadas pelas mulheres) não constituem um risco para a lesão perineal grave, relacionando-se sim com um baixo taxa de episiotomias.

4. The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review.

Lodge, F.; Haith-Cooper, M.
(2016)

Metodologia	Revisão sistemática da literatura, tendo sido analisados 7 artigos.
População	-
Objetivos	Conhecer a evidência existente no que concerne à influência que as posições adotadas durante o parto têm na incidência e no grau do trauma perineal, por forma a ajudar à sua redução e constituir

	informação válida, capaz de orientar tanto, mulheres, como parteiras.
Resultados	A posição de joelhos e de 4 apoios foram as posições mais promotoras de períneo intacto. Por sua vez, as posições de sentada, cócoras e sentada no banco de parto relacionaram-se com maior incidência de trauma perineal.
Conclusões	É necessário haver mais investigação no que concerne à relação entre a proteção do trauma perineal e as posições alternativas adotadas durante o parto, por forma a que as mulheres sejam apropriadamente aconselhadas.

5. Perineal care over the past 25 years: The use of episiotomy in midwifery practice.

Gray, E.
(2015)

Metodologia	Artigo de opinião fundamentada.
População	-
Objetivos	Conhecer a abordagem das parteiras face à proteção perineal associada ao parto, nos últimos 25 anos, especialmente no que concerne à prática da episiotomia
Resultados	
Conclusões	A episiotomia é uma técnica centenária, que ainda é realizada atualmente, apesar da evidência atual ser perentória em concluir que a sua realização aumenta a probabilidade de ocorrência de lacerações de terceiro e quarto graus. Verifica-se ainda, que apesar destas orientações, a sua utilização está a aumentar, internacionalmente, entre os profissionais da área.

6. Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth.

Thompson, S.; Walsh, D.

(2015)

Metodologia	Qualitativa, com interpretação fenomenológica
População	11 primíparas, das quais 10 tiveram laceração de 2º grau e 1 teve laceração da mucosa vaginal. Todas receberam cuidados de parteiras.
Objetivos	Explorar as percepções das mulheres, face à reparação perineal, como parte integrante do parto normal.
Resultados	As mulheres aceitaram positivamente a reparação perineal, quando esta é realizada adequadamente e quando lhe é dada informação pertinente, acerca da mesma.
Conclusões	Os cuidados pré-natais não fornecem informações relevantes no que concerne à reparação perineal, sendo que as suas percepções são distorcidas por informações alheias, leigas. A transição para a maternidade em mulheres que foram adequadamente informadas é mais tranquila. Pelo contrário, as mulheres que não viram as suas dúvidas esclarecidas, acerca da reparação realizada, tendem a queixar-se de maior dor, em não realizar uma higiene adequada, dependendo mais dos seus parceiros.

7. Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Moment of Delivery: A Randomized Clinical Trial.

Ahmadi, Z.; Torkzahrani, S.; Roosta, F.; Shakeri N; Mhmoodi, Z.

(2017)

Metodologia	Estudo clínico randomizado
População	166 nulíparas, com gravidezes de baixo risco, de termo, candidatas a parto normal, divididas em 2 grupos. O grupo de estudo foram adotadas técnicas de respiração, enquanto que no grupo controlo, foram adotadas as manobras de valsalva.
Objetivos	Identificar a influência que a técnica respiratória exerce na extensão da lesão perineal em parturientes iranianas.

Resultados	Foram observados maior taxa de perineos intactos no grupo de estudo, sendo que no grupo controlo foram observado maior taxa de lacerações de grau III e IV. No que concerne à episiotomia e lacerações perinais anteriores (lábios) não houve diferença nos grupos.
Conclusões	Foi considerado que a técnica de soprar é uma boa alternativa à manobra de valsalva, por forma a reduzir o trauma perineal.

8. Durations of second stage of labour and a instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population based study.

Simic, A., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A., Stephansson, O.

(2017)

Metodologia	Estudo de coorte
População	Foram estudadas 52.211 primíparas nas regiões de Estocolmo e Gotlnd no período de 2008-2014.
Objetivos	Identificar a influência que a técnica respiratória exerce na extensão da lesão perineal em parturientes nas parturientes iranianas.
Resultados	O risco de incidência de lacerações de alto grau aumenta, proporcionalmente à duração do 2º estágio de TP. Verificou-se uma baixa incidência de lacerações de alto grau em partos, cujo 2º estágio teve a duração de 1 hora ou menos, sendo que estas aumentaram exponencialmente até à 3ª hora. Após esta, não houve aumento da incidência. Comparando os partos instrumentalizados com os não instrumentalizados, verificou-se que nos intrumentalizados a incidência de lacerações de alto grau era maior
Conclusões	O risco de laceração do períneo aumenta com o tempo de duração do 2º estágio de TP da 1ª à 3ª hora. O parto instrumentalizado é o maior fator de risco para a incidência de lacerações graves, logo a seguir segue-se a duração prolongada do 2º estágio de TP, seguindo-se da macrossomia fetal e a variedade fetal ocipito-sagrada

9. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial

Ugwu, E.; Iferikigwe, E., Obi, S.; Eleje, G.; Ozumba, B
(2018)

Metodologia	Estudo randomizado controlado
População	Foram estudadas 108 primigestas no hospital universitário de Enugu na Nigéria no período de 2013 e 2014.
Objetivos	Estudar a efetividade da massagem perineal antenatal na redução do trauma perineal e morbidades pós-parto.
Resultados	A amostra em estudo, foi dividida em dois grupos, sendo que no grupo em estudo, foi promovida a massagem perineal, e no do controle não. Os resultados mostram que as mulheres que receberam massagem perineal no período pré-natal, teve maior propensão a manter o períneo intacto após o parto. A incidência de episiotomia foi igualmente baixa, assim como menor incontinência de gases.
Conclusões	A massagem perineal no período pré-natal diminui a incidência de episiotomia e aumenta a incidência de períneo intacto, pelo que as mulheres devem ser informadas das suas vantagens nos cuidados pré-natais. Devendo os profissionais da área aconselhar a técnica a mulheres nulíparas, como rotina dos cuidados, a fim de reduzir os riscos de trauma perineal.

10. Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma:

A quasi-randomised controlled trial

Larios, F.; Corrales-Gutierrez, I.; Casado-Mejía, R.; Suarez-Serrano
(2017)

Metodologia	Estudo cego quasi-randomizado controlado
População	Foram incluídas no estudo 466 mulheres grávidas com mais de 32 semanas de gestação de um único feto, com parto normal perspectivado no hospital de Sevilha em Espanha.
Objetivos	Identificar o efeito do treino do pavimento pélvico, seguindo um plano de parto, no trauma perineal.
Resultados	A amostra em estudo, foi dividida em dois grupos, sendo que no grupo experimental, as mulheres foram convidadas a participar num programa diário que incluía massagem perineal e exercícios do pavimento pélvico, a partir das 32 semanas até ao parto. Os resultados demonstraram que houve uma redução de 31.63% de episiotomias (50.56% versus 82.19%). Houve maior percentagem de períneos intactos (17.61% versus 6.85%) e maiores percentagens de lacerações de 3º e 4º graus (5.18% vs 13.12% e 0.52% vs 2.5% respetivamente). Verificou-se, ainda, que as mulheres no grupo de intervenção manifestaram menos dor, mais especificamente 24.57% contra 30.82% no grupo controlo, recorrendo a menores taxas de analgesia no período de pós-parto.
Conclusões	O programa de treino pélvico a partir das 32 semanas, contribui para menores taxas de episiotomia, lacerações graves e menor taxa de dor. Contribuiu, por seu lado, para um aumento de períneos intactos. Desta feita, conclui-se que este é um método eficaz de prevenção do trauma perineal, pelo que deve ser, sempre que oportuno, recomendado às grávidas a partir das 32 semanas de gestação.

11. Perineal body length and perineal lacerations during delivery in primigravid patients

Lane, T.; Chung, C., Yandell, P.; Kuehl, T. and Larsen, W.
(2017)

Metodologia	Estudo prospectivo
População	127 primigestas de um único feto, com 37 semanas ou mais, no 1º estágio de trabalho de parto.
Objetivos	Avaliar a relação entre o comprimento do corpo do períneo e o risco de laceração, com extensão até ao esfínter anal durante o parto vaginal, numa instituição com baixas taxas de episiotomia.
Resultados	Vários fatores foram associados: comprimento do corpo do períneo, o tempo de duração do 2º estágio de TP, a idade, o tipo de parto, o uso de oxitocina e a variedade fetal. Usando o método estatístico de análise e curva ROC, a duração do 2º estágio de TP, a idade, o tipo de parto e um comprimento do corpo do períneo inferior a 3,5cm, foram associados a aumento da incidência de lacerações de 3º e 4º graus. Utilizando o método estatístico de análise de regressão, apenas o comprimento do corpo do períneo e a duração do TP foram os únicos fatores que influenciaram o aparecimento de lacerações de 3º e 4º graus.
Conclusões	O comprimento do corpo do períneo inferior a 3,5cm e a duração do TP superior a 99 minutos estão associados à incidência de lacerações de 3º e 4º graus. Contudo, a morbilidade a longo prazo, associada às lacerações graves, continua a ser elevada, pelo que é necessário continuar a caracterizar os fatores de risco por forma a melhorar os <i>outcomes</i> . São necessários mais estudos na área da anatomia perineal, a fim de se evitar lacerações graves, associadas ao parto.

12. Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: randomized controlled trial

Amorim, A. Francisco, A; Vasconcellos De Oliveira, M.; Steen, M.; Roberto, M.; Nobre

(2017)

Metodologia	Estudo randomizado controlado
População	69 primíparas, com idades superiores a 18 anos, nas 6-8h pós-parto, com dor > nível 3, sem analgesia farmacológica associada.
Objetivos	Avaliar se aplicação de 10' de gelo na região perineal, reduz o nível de dor, e se esse efeito analgésico tem a duração de pelo menos 2 horas
Resultados	A amostra foi dividida em 2 grupos. Um experimental, onde foi aplicada a terapêutica analgésica com gelo e um grupo controlo, onde não se aplicou qualquer medida de alívio da dor. No primeiro grupo, foi obtida redução da dor em 30% em relação ao grupo controlo. Após as 2 horas, o nível de dor nos dois grupos, manteve-se semelhante.
Conclusões	A aplicação de 10' de gelo na região perineal, reduz a dor, associada ao parto, num período aproximado de 1h45' a 2 horas.

13. Effect of second stage perineal warm compresses on perineal pain and outcome among primiparae

Essa, R; Nemat; Ismail, N.

(2015)

Metodologia	Estudo controlado não-randomizado
População	160 parturientes no 2º estágio do TP no National Medical Institution em Damanshour no Egito de Maio a Outubro de 2014.
Objetivos	Determinar a efetividade da aplicação de compressas quentes no controlo da dor durante o TP e na prevenção de trauma perineal em primíparas.
Resultados	No grupo de estudo foram aplicadas compressas que iam sendo embebidas em água quente entre as contrações. A cada 15'a

	<p>água era trocada, a fim de manter a temperatura entre os 38º e os 44º. No grupo controlo foram adotadas as medidas habituais, sem a aplicação das compressas. No grupo de estudo, verificou-se uma diminuição da dor perineal após o parto. No caso do grupo controlo, houve pouco alívio da dor após o parto. No que concerne ao trauma perineal, os resultados apresentados entre os grupos foram significativamente diferentes. No caso grupo em estudo houve 62,5% de períneos intactos, 32,4% de episiotomias e 0,5% de lacerações, sendo que 100% destas foram de 1º grau. No grupo controlo, houve 2.5% de períneos intactos, 62,5% de episiotomias e 35% de lacerações, sendo que estas se dividiram em 36% de 2º grau, 48% de 3º grau e 16% de 4º grau.</p>
Conclusões	<p>A aplicação de compressas quentes revelou-se um bom método de controlo da dor perineal durante e após o parto, sendo que diminui a ocorrência de trauma perineal assim como necessidade da sua correção. É, portanto, considerado um método eficaz na prevenção do trauma perineal, pelo que se recomenda a sua aplicação durante o 2º estágio de TP</p>

14. The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial

Shahoei, R.; Zaheri³, F.; Nasab, L.; Ranaei, F.

(2017)

Metodologia	Estudo randomizado controlado
População	Foram estudadas 195 nulíparas no hospital de Sanandaj no Irão no período de 2013 e 2014.
Objetivos	Estudar a efetividade da massagem perineal antenatal na redução do trauma perineal e morbilidades pós-parto.
Resultados	A amostra em estudo, foi dividida em dois grupos, um grupo de intervenção e outro de controlo. No primeiro foi realizada massagem perineal, durante 30' no 2º estágio de TP com um gel constituído à base de água, incolor e inodor. No grupo controlo foram prestados os cuidados habituais. Os resultados mostram que as mulheres que receberam massagem perineal no 2º estágio de TP tiveram menor incidência de episiotomias (69,4% contra 92,31%), menos lacerações, não se tendo verificado nenhuma laceração de 3º ou 4º grau. Também no que concerne à manifestação de dor, também foi menor no grupo de intervenção, sendo que esta diferença acentua-se com o passar do tempo. Ao fim de 3 meses, 25% das mulheres do grupo de intervenção, referiam manter dor, enquanto que 82% das mulheres do grupo controlo referia manter dor.
Conclusões	Tendo em conta os resultados apresentados neste estudo, a massagem perineal promovida durante o 2º estágio de TP pode reduzir a incidência de episiotomia, lesões perineais e dor perineal no pós-parto.

15.Perineal Tears - A review

Goh, R.; Goh, D.; Ellepola, H.

(2018)

Metodologia	Revisão sistemática da literatura
População	-
Objetivos	O objetivo desta RSL é proporcionar aos profissionais de cuidados gerais (médicos e enfermeiros), um bom nível de conhecimento no que diz respeito ao trauma perineal, discutindo as diferentes classificações, a atuação imediata e longo prazo, assim como as recomendações para o futuro.
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• Apesar da sua utilização comum em obstetrícia, existe evidência contraditória no que diz respeito à efetividade da episiotomia mediolateral, na prevenção de lesões do esfíncter anal.• Na literatura estão descritas várias técnicas de prevenção do trauma perineal, incluindo a aplicação de compressas mornas, massagem perineal, <i>hands on</i> no períneo e a manobra de Ritgen. Surpreendentemente apenas as compressas mornas mostraram um efeito positivo na redução das lacerações de 3º e 4º graus. A técnica <i>hands on</i> e manobra de Ritgen não mostraram redução na incidência de lacerações graves do períneo, comparando com a técnica <i>hands off</i>.• No que diz respeito à sutura, esta dever ser realizada por um profissional experiente, com boa iluminação, com a parturiente em litotomia. Promover uma anestesia adequada, devendo utilizar material de sutura absorvível. Cada plano deve ser suturado individualmente• As lacerações de 1º grau devem ser suturas mediante o juízo do profissional que assiste o parto. As lacerações de 2º grau devem ser suturadas, uma vez que se obtém melhores resultados ao fim de 6 semanas. As lacerações de 3º e 4º grau

	<p>devem ser suturadas por um profissional experiente, sob anestesia loco-regional ou geral, a fim de se obter relaxamento do esfíncter anal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer aplicação de gelo local, nas primeiras 24-72 horas, com aplicações de 10-20'. • Disponibilizar analgesia, sobretudo com AINES e/ou paracetamol; • Alcalinizar a urina poderá ter benefícios no alívio da dor durante as micções. • O trânsito intestinal deve ser mantido regularmente. Caso seja necessário recomendar o uso de laxantes. • Incentivar a posicionamentos que diminuam a dor e o edema, especialmente durante a amamentação. • No caso das lacerações mais graves, evitar exercícios que aumentem a pressão intra-abdominal nos primeiros 6-12 meses após o parto. • Os exercícios do pavimento pélvico são recomendados a partir do 2º/3º dia após o parto, ou quando a mulher se sentir confortável. No caso das mulheres que sofreram lacerações graves, estas devem ser encaminhadas para uma consulta de fisioterapia perineal. • Encorajar à higiene perineal regular, mantendo a zona seca e à inspeção regular com um espelho, na busca de sinais inflamatórios ou deiscência. • Não existe evidência no que diz respeito ao tempo ideal para retomar a atividade sexual. Contudo, em média as mulheres reiniciam a atividade sexual 6 a 8 semanas após o parto.
Conclusões	<p>É de extrema importância, os profissionais de cuidados gerais estarem familiarizados com a morbidade associada ao traumatismo perineal, uma vez que são eles que fazem, na sua grande maioria, o acompanhamento da mulher no pós-parto e na sua restante vida reprodutiva. Desta feita, torna-se importante deter</p>

um bom nível de conhecimento no âmbito do trauma perineal, a fim de aconselhar adequadamente as mulheres, quer em gravidezes subsequentes, quer em comorbilidades futuras, resultantes do parto.

APÊNDICE V

Resultados da Pesquisa

Variáveis psicológicas: a maioria das mulheres prefere não ser “cortada”, mas sentem-se intimidadas em referir o seu desejo à equipa médica (Rocha e Zamberlan, 2018).

Variáveis fisiológicas: um comprimento do corpo do períneo inferior a 3,5 cm aumenta o risco de lacerações de 3º e 4º graus (Lane, *et.al.*, 2017).

Stressores interpessoais/intrapessoais: os factores de risco para a ocorrência de lacerações de 3º e 4º graus são a duração prolongada do 2º estágio de TP (1-3 horas), os partos distócicos, a macrosomia fetal (> 3,5kg) e a variedade fetal occipito-sagrada (Simic, *et al*, 2017). As posições verticalizadas não constituem um risco para a incidência de lacerações graves, constituindo, porém, para a diminuição da incidência de episiotomias (Edqvist, *et al*, 2016).

Stressores extrapessoais: a assistência do parto efetuada por enfermeiras parteiras diminui a incidência de episiotomias e aumenta a incidência de períneos intactos (Rocha, e Zamberlan, 2018). A episiotomia é uma técnica que aumenta comprovadamente o risco de lacerações graves, contudo, tem-se verificado um aumento da sua utilização (Gray, 2015).

Prevenção Primária

Na gravidez: a massagem perineal durante o período pré-natal diminui a incidência de episiotomia e aumenta a incidência de períneo intacto (Ugwu, *et al*, 2017). O balão de distensão perineal *Epi-No* ainda não reúne evidência suficiente no que concerne à sua eficácia e segurança, pelo que o seu uso ainda não é recomendado (Rocha e Zamberlan, 2018). Os programas de treino pélvico, a partir das 32 semanas de gestação é um método eficaz de prevenção do trauma e dor perineal associadas ao parto (Larios, *et al*, 2017).

No 1º estágio de TP: a ITP com oxitocina em fetos macrosómicos com idades gestacionais 37-38 semanas, não previne a incidência de trauma perineal (Rocha e Zamberlan, 2018). As injeções de hialuronidase na região perineal não apresentam resultados efetivos, pelo que são necessários mais estudos (Rocha e Zamberlan, 2018).

No 2º estágio de TP: os esforços expulsivos não devem ser dirigidos (Rocha e Zamberlan, 2018). A técnica *hands off* é uma técnica que está a ter cada vez melhores resultados, sobretudo um maior índice de períneos intatos, e diminuição da episiotomia (Rocha e Zamberlan, 2018). Recomenda-se a adoção de ambas as técnicas (*hands on* e *off*) de forma adequada à situação que se apresenta. Atenção especial à técnica *hands on*, na qual deve-se apenas apoiar a saída da apresentação cefálica, ao invés de a empurrar (Rocha e Zamberlan, 2018). A técnica *hands on* e manobra de *Ritgen* não mostraram redução na incidência de lacerações graves do períneo, comparando com a técnica *hands off* (Goh, et.al., 2018). No que concerne à técnica finlandesa é uma técnica, ainda com pouca evidência no que concerne à sua eficácia e segurança, carecendo de melhor investigação (Rocha e Zamberlan, 2018). Os dispositivos de proteção perineal são métodos eficazes, sem quaisquer riscos associados (Rocha e Zamberlan, 2018). No que concerne à relação entre a proteção do trauma perineal e as posições alternativas adotadas durante o parto, verificou-se uma maior incidência de períneos intatos na posição de 4 apoios. São, no entanto, necessários mais estudos que comprovem esta premissa (Lodge e Haith-Cooper, 2016). A massagem perineal promovida durante o 2º estágio de TP pode reduzir a incidência de episiotomia, lesões perineais e dor perineal (Rocha e Zamberlan, 2018 e Shahoei, et.al., 2017). A aplicação de compressas quentes durante o 2º estágio de TP reduz a dor perineal intra e pós-parto e previne, de forma eficaz, o trauma perineal (Essa, Nemat e Ismail, 2015). A técnica respiratória de soprar, é uma boa alternativa à manobra de Valsalva no que concerne à diminuição do trauma perineal (Ahmadi, 2017).

Prevenção Secundária

No 4º Estádio de TP: é esperado que as enfermeiras parteiras reúnam competências elevadas no que concerne à reparação das lacerações/episiotomias, adequando o tipo de material de sutura (Hajjaj, 2017). É essencial que as mulheres sejam informadas de todas as técnicas de reparação realizadas, assim como complicações que possam advir, promovendo a continuidade dos cuidados de forma adequada (Thompson e Walsh, 2015). A sutura deve ser realizada por um profissional experiente, com boa iluminação, com a parturiente em litotomia.

Promover uma anestesia adequada, devendo utilizar material de sutura absorvível. Cada plano deve ser suturado individualmente (Goh, et. al. 2018). As lacerações de 1º grau devem ser suturas mediante o juízo do profissional que assiste o parto. As lacerações de 2º grau devem ser suturadas, uma vez que se obtém melhores resultados ao fim de 6 semanas. As lacerações de 3º e 4º grau devem ser suturadas por um profissional perito, sob anestesia loco-regional ou geral, a fim de se obter relaxamento do esfíncter anal (Goh, et. al 2018).

Prevenção Terciária

No pós-parto imediato e precoce: a aplicação de 10' de gelo na região perineal, reduz a dor, associada ao parto, num período aproximado de 2 horas (Amorim, 2017), devendo ser aplicado nas primeiras 24-72h após o parto (Goh, et. al. 2018). Disponibilizar analgesia, sobretudo com AINE e/ou paracetamol (Goh, et.al. 2018). Alcalinizar a urina poderá ter benefícios no alívio da dor durante as micções (Goh, et.al. 2018). O trânsito intestinal deve ser mantido regularmente. Caso seja necessário, recomendar o uso de laxantes (Goh, et.al. 2018). Incentivar a posicionamentos que diminuam a dor e o edema, especialmente durante a amamentação (Goh, et.al. 2018). Os exercícios do pavimento pélvico são recomendados a partir do 2º/3º dia após o parto, ou quando a mulher se sentir confortável. No caso das mulheres que sofreram lacerações graves, estas devem ser encaminhadas para uma consulta de fisioterapia perineal (Goh, et.al. 2018). Encorajar à higiene perineal regular, mantendo a zona seca e à inspeção regular com um espelho, na busca de sinais inflamatórios ou deiscência (Goh et. al. 2018).

No pós-parto tardio: no caso das lacerações mais graves, evitar exercícios que aumentem a pressão intra-abdominal nos primeiros 6-12 meses, após o parto (Goh, et.al. 2018). Não existe evidência no que diz respeito ao tempo ideal para retomar a atividade sexual. Contudo, em média as mulheres reiniciam a atividade sexual, entre as 6 e a 8 semanas, após o parto (Goh, et.al. 2018)

APÊNDICE VI

Instrumento de Interação de Cuidados

Registo de Interação de Cuidados

Parto Nº:

Data:

Fatores que podem influenciar o trauma perineal

*Variáveis
fisiológicas*

Estado de saúde durante a gravidez:

AP:

*Stressores
intrapessoais
para o
trauma
perineal:*

Corpo do períneo inferior a 3,5 cm: sim ou não

Corpo do períneo com elasticidade: sim ou não

Partos anteriores: sim ou não

IO:

Tipos de parto/anos:

Trauma perineal anterior: sim/não

Laceração: sim/não

Episiotomia: sim/não

Complicações associadas: sim/não

*Stressores
interpessoais/
extrapessoais*

ITP: sim/não

Analgesia epidural: sim/não

Peso RN:

Duração do 2º estágio do TP:

Prevenção Primária na Gravidez

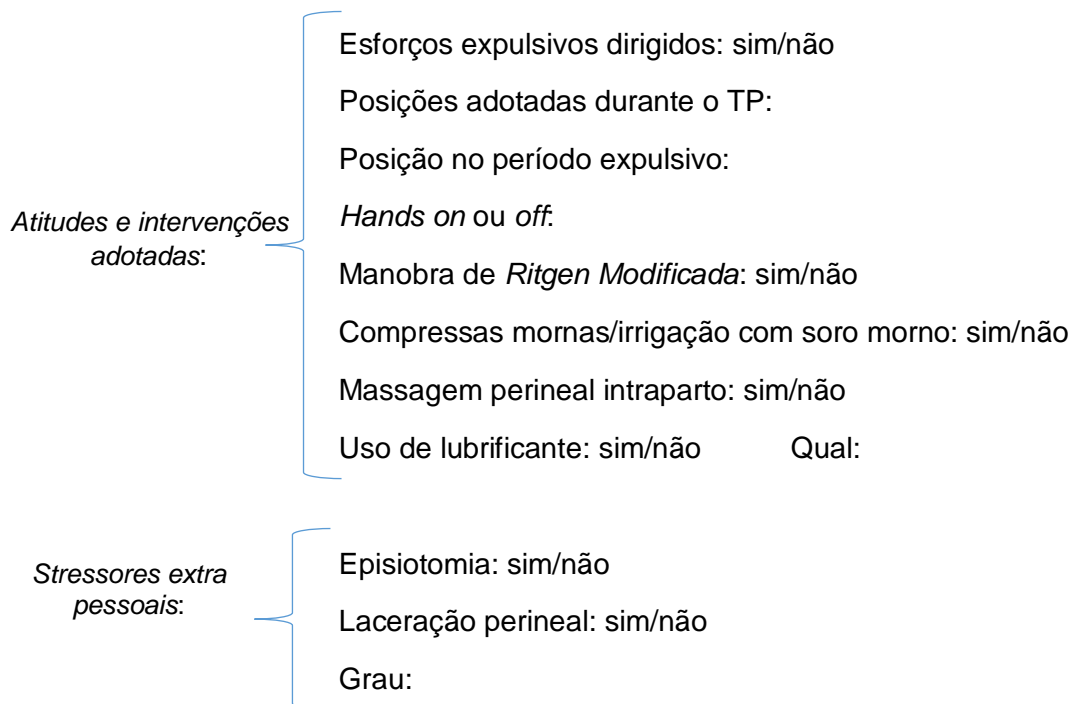
*Linha
flexível de
defesa*

Preparação para o parto: sim/não

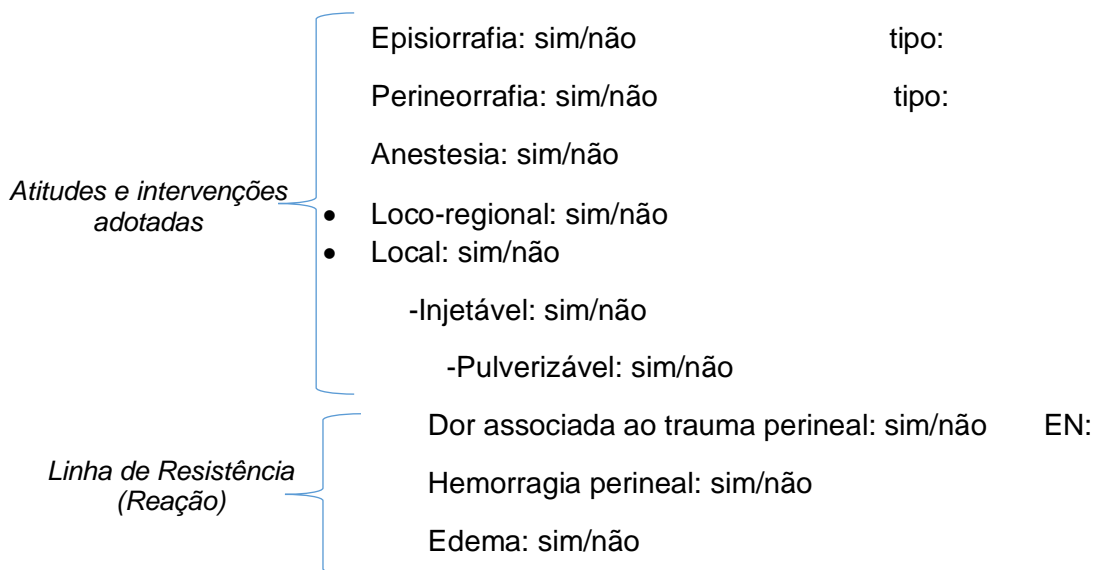
Conhece a massagem perineal: sim/não

- Realizou: sim/não
- Quando:
- Com o quê:
- Exercícios do pavimento pélvico: sim/não

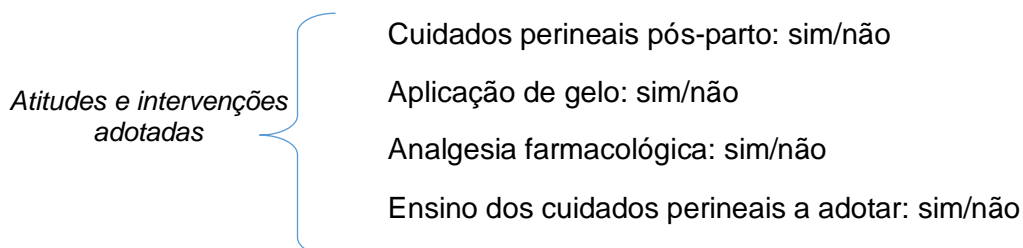
Prevenção Primária no 2º estágio do TP



Prevenção Secundária no 3º e 4º estádios do TP

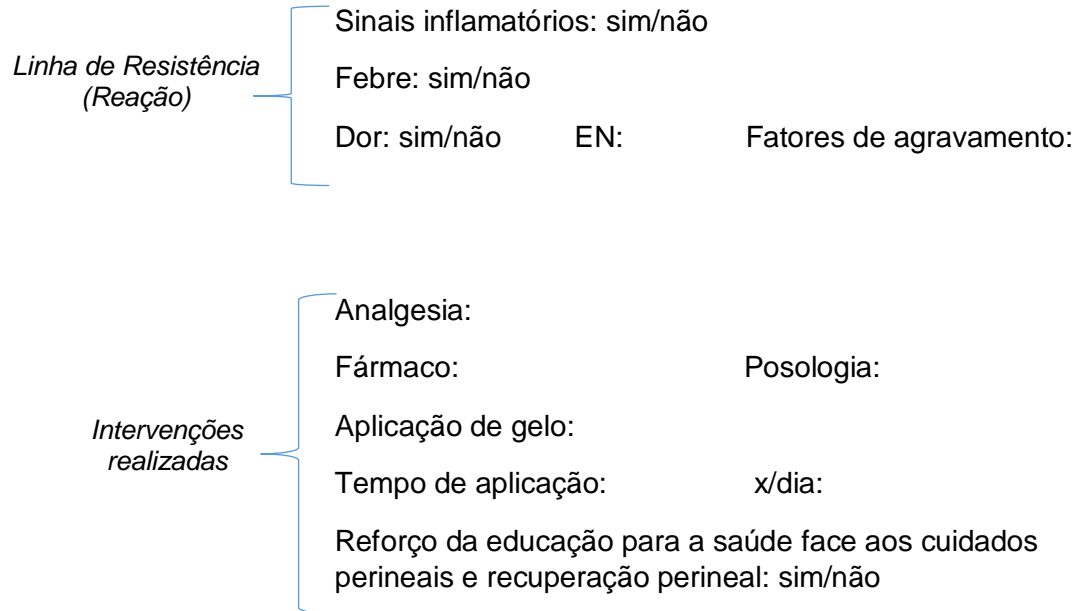


Prevenção Terciária no 4º estágio do TP

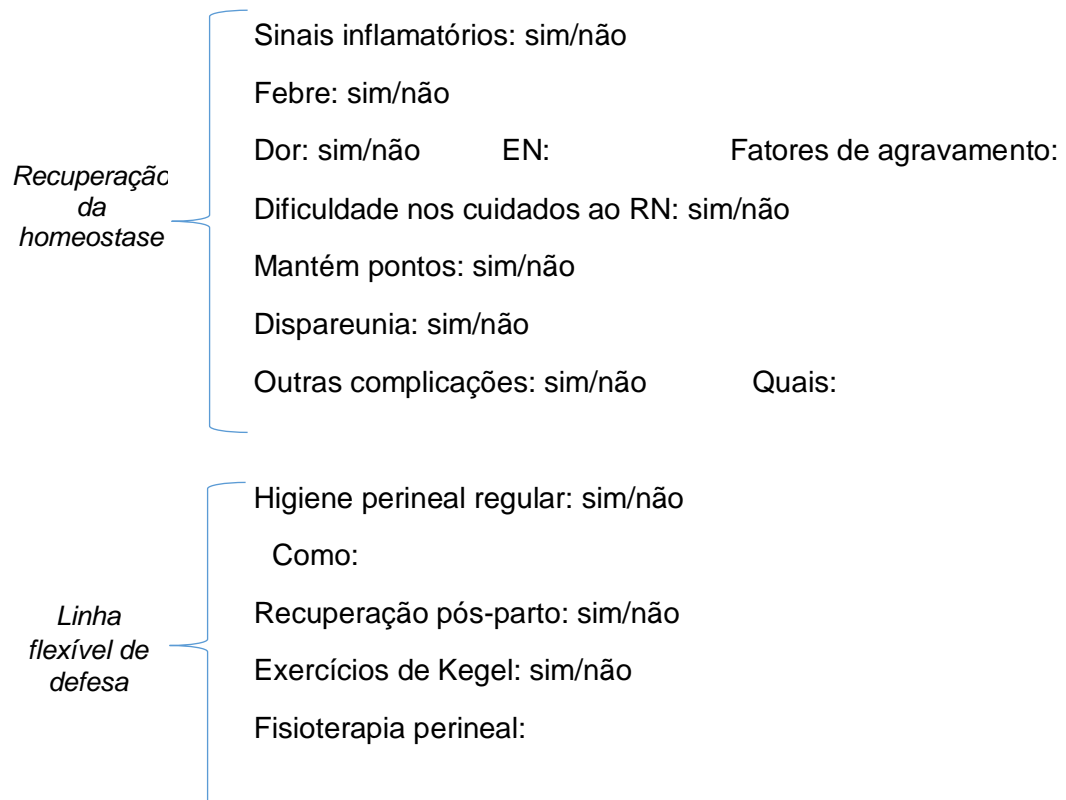


Prevenção Terciária no Puerpério

Continuidade de cuidados no Serviço de Puerpério - Dia de puerpério:



Continuidade de cuidados no domicílio (*contato telefónico*) – Dia de puerpério:



APÊNDICE VII

Instrumento de Diagnóstico de Necessidades

Instrumento de Diagnóstico de Necessidades

Data:

Pode escolher uma ou mais opções

1. Como classifica o períneo?
 - a) Da fúrcula ao esfíncter anal
 - b) Da fúrcula ao esfíncter anal e mucosa vaginal
 - c) Um triângulo urogenital e um triângulo retal

2. Utiliza métodos de proteção do períneo durante o parto?
 - a) Sim
 - b) Não

3. Se sim, quais?
 - a) Compressas mornas
 - b) Irrigação com soro morno
 - c) Massagem perineal
 - d) Aplicação de lubrificante
 - e) Manobra de Ritgen
 - f) Outras, Quais?

4. Que fatores na sua opinião propiciam o trauma perineal?
 - a) Nuliparidade
 - b) 2º estágio de TP prolongado
 - c) Posições verticalizadas durante o período expulsivo
 - d) Partos distócicos
 - e) Macrosomia fetal
 - f) Variedade fetal posterior
 - g) Outros, Quais?

5. Em que situações realiza a episiotomia?
 - a) Sofrimento fetal
 - b) Prematuridade
 - c) Períneo com pouca elasticidade
 - d) Cansaço materno
 - e) Outras, Quais?

6. Qual a percentagem de episiotomias recomendada pela OMS?
- a) 10%
 - b) 15%
 - c) 20%
 - d) 25%
7. Como classifica, na sua opinião, o períneo intacto?
- a) Zona da fúrcula ao esfíncter anal sem lesão
 - b) Zona da fúrcula ao esfíncter anal e mucosa vaginal sem lesão
 - c) Sem lesão em qualquer zona (região urogenital, grandes lábios, pequenos lábios, mucosa vaginal e corpo do períneo (zona da fúrcula ao esfíncter anal)
8. Considera pertinente uma ação de formação no âmbito da prevenção do trauma perineal?
- a) Sim
 - b) Não

APÊNDICE VIII

*Sessão no Curso de Preparação para a Parentalidade
durante o ECIII:*

“Prevenção do Trauma Perineal da Gravidez ao Puerpério”

O Traumatismo Perineal

O trauma perineal é a mais comum morbidade materna, sendo que 85% das mulheres sofrerão traumatismo associado ao parto vaginal (Albers, 2005)



Pode acarretar...

Dor e desconforto



Mobilização
Amamentação
Vínculo com o bebê
Vida sexual



Principal complicação

Traumatismo do esfíncter anal



Fístulas retovaginais
Incontinência fecal

Tipos de Ferida

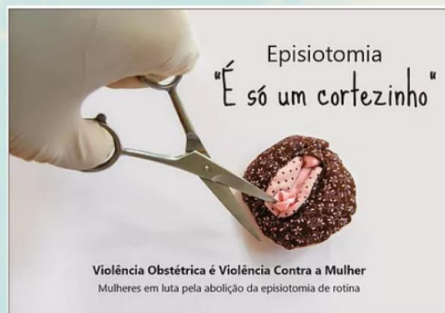
Cirúrgica

Episiotomia

Traumática

Laceração

Episiotomia



**Apenas em Situações
Específicas**

Lacerações

Grau I - Pele

Grau II - Grau I e Músculo

Grau III - Grau II e Face externa
esfinter anal


Grau IV - Grau II e Face externa
e interna esfinter anal

? **?**

O que fazer para:

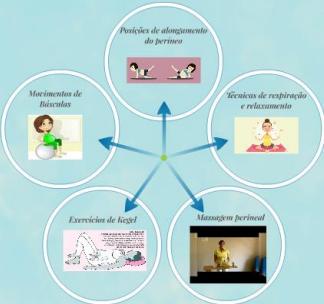
- *Prevenir*
- *Minimizar*
- *Reabilitar*

? **?** **?**



Prevenir

Durante a Gravidez




Posições de alongamento do fêmur

Exercícios de respiração e relaxamento

Massagem perineal

Exercícios de Kegel

Movimentos de Biscuitos



Movimentos de Básculas



Posições de alongamento do períneo



*Técni
e*

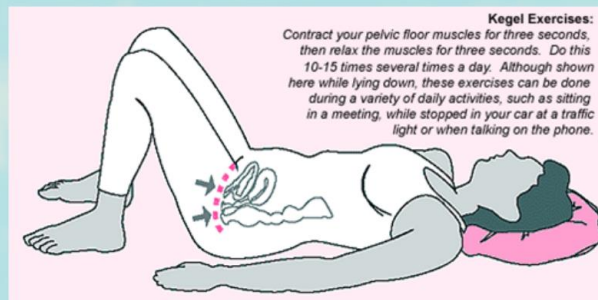
Técnicas de respiração e relaxamento



Massagem perineal



Exercícios de Kegel



Minimizar

Durante o Parto

- Aplicação de compressas mornas
- Uso de lidogel
- Adoção de posições
- Esforços não dirigidos
- Suporte manual

Reabilitar

No pós-parto

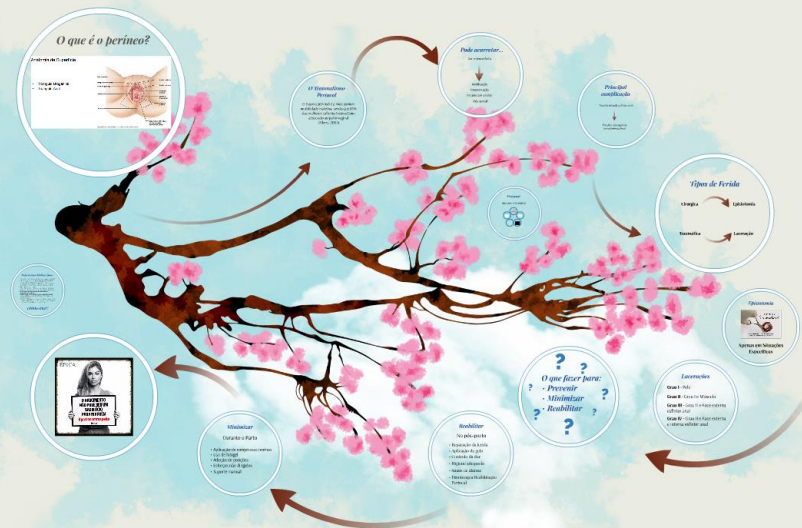
- Reparação da ferida
- Aplicação de gelo
- Controlo da dor
- Higiene adequada
- Sinais de alarme
- Fisioterapia Reabilitação Perineal



Referências Bibliográficas

- Euro-peristat (2013). European Perinatal Health Report – Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Project with SCPE and EUROCAT. Acedido em 13/07/2015, disponível em: www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
- Lowdermilk, D.; Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade. (7ª edição), Camarate: Lusodidacta
- MCEESMO-OE (2013) – Maternidade com qualidade. Episiotomia: realização seletiva ou rotineira. Acedido a 01/07/2015, disponível em: http://www.ordenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Queensland Clinical Guidelines (2012). Perineal Care. Queensland: Department of Health.
- Ramos, L. (2014). Realização Perineal Ativa. 1ª Edição. Edição do Autor.
- The Royal College of Midwives (2012). Care of the Perineum. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour.

OBRIGADO!!!



Prevenção do Trauma Perineal na Mulher da Gravidez ao Puerpério



APÊNDICE IX

Informação Colhida das Parturientes Assistidas

Parto	CPP	Mass. Gravidez	Exercicios Pav.	Pelv. Perineo elástico	Corpo perineo < 3,5	Paridade	rauma anterior	ITP	Epidural	Peso RN	2º Estádio	Esforços dirigidos	Posição
1	não	não	não	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad
2	não	não	não	sim	não	multi	laceração	sim	sim	3-3,5	0-1	não	sentada
3	não	não	não	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	0-1	sim	semi-sentad
4	não	não	não	sim	não	multi	episo	não	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad
5	não	não	não	não	não	multi	episo	sim	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad
6	não	não	não	sim	não	multi	episo	não	não	3-3,5	0-1	não	litotomia
7	não	não	não	sim	não	nuli	não	sim	sim	3,5-4	1,0-2	não	semi-sentad
8	não	não	não	sim	não	multi	episo	sim	não	3-3,5	1,0-2	não	semi-sentad
9	não	não	não	não	não	multi	episo	não	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad
10	não	não	não	sim	não	multi	episo	não	não	3-3,5	0-1	não	semi-sentad
11	sim	sim	sim	sim	não	multi	episo	sim	sim	2,5-3	0-1	não	semi-sentad
12	sim	não	sim	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	2,0-3	não	2 apoios
13	sim	sim	sim	sim	não	nuli	não	sim	sim	2,5-3	1,0-2	não	semi-sentad
14	não	não	não	sim	sim	nuli	não	não	sim	4-4,5	1,0-2	não	4 apoios
15	não	não	não	sim	não	multi	laceração	sim	não	3-3,5	0-1	não	sentada
16	não	não	não	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	2,0-3	não	semi-sentad
17	não	não	não	sim	não	multi	laceração	não	não	3,5-4	0-1	não	semi-sentad
18	sim	não	sim	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	0-1	não	sentada
19	não	não	não	sim	não	nuli	não	sim	sim	2,5-3	0-1	sim	sentada
20	sim	não	sim	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	1,0-2	não	semi-sentad
21	sim	não	sim	sim	não	nuli	não	não	sim	3,5-4	2,0-3	sim	semi-sentad
22	não	não	não	sim	não	multi	laceração	não	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad
23	não	não	não	sim	não	multi	laceração	não	sim	3,5-4	1,0-2	não	semi-sentad
24	não	não	não	sim	não	multi	episo	não	sim	3,5-4	1,0-2	não	sentada
25	sim	não	sim	sim	sim	multi	laceração	não	sim	3-3,5	0-1	não	sentada
26	sim	não	sim	sim	não	nuli	não	não	sim	3,5-4	1,0-2	sim	semi-sentad
27	não	não	não	sim	sim	multi	episo	sim	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad
28	não	não	não	sim	não	multi	não	sim	sim	3,5-4	0-1	não	semi-sentad
29	não	não	não	sim	sim	multi	episo	sim	não	2,5-3	0-1	não	semi-sentad
30	não	não	não	sim	não	multi	laceração	sim	não	3-3,5	0-1	não	sentada
31	não	não	não	sim	não	multi	episo	sim	sim	2,5-3	0-1	não	semi-sentad
32	sim	não	sim	não	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	1,0-2	sim	semi-sentad

lands on/of	Ritgen	Calor	Mass. parto	Lubrificante	Episio	Laceração	Grau	Perineo intat	Dor	Edema	Gelo	esconf. pós-parto
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	sim	não	não	dor ligeira
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	sim	sim	dor ligeira
on	sim	não	sim	sim	sim	não	0	não	não	não	não	dor ligeira
on	sim	sim	sim	sim	não	sim	2	não	sim	não	sim	dor ligeira
on	sim	sim	não	sim	não	sim	2	não	não	não	não	dor ligeira
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	sim	não	não	
on	sim	sim	sim	sim	não	sim	2	não	não	sim	sim	dor ligeira
on	sim	não	não	sim	não	sim	2	não	não	sim	sim	dor ligeira
on	sim	não	não	sim	sim	sim	1	não	não	não	não	
on	sim	não	não	não	não	sim	1	não	não	não	não	dor ligeira
on	sim	não	não	não	não	sim	1	não	não	não	não	or moderada
off	não	não	não	não	não	sim	2	não	não	não	não	or moderada
on	sim	sim	não	sim	não	sim	1	não	não	não	não	dor ligeira
off	não	sim	sim	sim	não	sim	2	não	não	sim	sim	
off	não	não	não	sim	não	sim	1	não	não	não	não	dor ligeira
on	sim	não	não	sim	não	não	0	sim	não	não	não	
on	sim	sim	sim	sim	sim	não	0	sim	não	sim	sim	dor ligeira
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	não	não	
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	não	não	
on	sim	sim	sim	sim	não	não	0	sim	não	não	não	dor ligeira
on	sim	sim	sim	sim	sim	não	0	não	não	sim	sim	or moderada
on	sim	sim	não	sim	não	sim	1	não	não	sim	sim	dor severa
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	não		
off	não	sim	não	não	não	sim	1	não	não	não	não	dor ligeira
off	não	não	não	não	não	sim	1	não	não	sim	sim	
on	sim	não	sim	sim	sim	não	0	não	sim	não	sim	dor ligeira
on	sim	não	sim	sim	não	não	0	sim	não	não	não	Sem dor
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	não	não	
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	sim	sim	dor ligeira
off	não	não	não	não	não	não	0	sim	não	não	não	sem dor
on	sim	não	não	não	não	sim	1	não	não	sim	sim	dor ligeira
on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	sim	não	

33	não	não	não	não	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	3,0-4	sim	semi-sentad	on	sim	sim	sim	sim	não	sim	1	não	não	sim	sim	
34	não	não	não	sim	não	nuli	não	não	não	3,5-4	0-1	não	semi-sentad	on	sim	não	não	sim	não	sim	2	não	sim	sim	sim	
35	não	não	não	sim	não	nuli	não	não	não	3-3,5	0-1	não	semi-sentad	on	sim	não	sim	sim	não	sim	1	não	não	não	não	
36	sim	não	sim	sim	não	multi	episo	não	sim	4-4,5	0-1	não	semi-sentad	on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	sim	sim	
37	não	não	não	sim	não	multi	episo	sim	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad	on	sim	não	sim	sim	não	sim	1	não	não	não	não	
38	não	não	não	sim	não	multi	laceração	não	não	4-4,5	1,0-2	não	pé	off	não	sim	sim	sim	não	sim	1	não	não	sim	sim	
39	não	não	não	não	sim	multi	episo	não	sim	3,5-4	2,0-3	não	semi-sentad	on	sim	sim	sim	sim	não	sim	3c	não	sim	sim	sim	dor severa
40	não	não	sim	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	1,0-2	não	semi-sentad	on	sim	não	sim	sim	não	sim	1	não	não	não	não	
41	não	não	não	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad	on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	sim	sim	
42	não	não	não	sim	não	multi	laceração	sim	não	3-3,5	0-1	não	litotomia	off	não	não	não	não	não	não	0	sim		sim	sim	
43	sim	não	sim	sim	não	multi	não	não	sim	3-3,5	1,0-2	não	semi-sentad	on	sim	sim	sim	sim	não	sim	2	não	não	sim	sim	
44	sim	não	sim	sim	não	nuli	não	não	sim	3-3,5	2,0-3	não	semi-sentad	on	sim	sim	sim	sim	não	sim	1	não	não	não	não	
45	não	não	não	sim	não	nuli	não	não	sim	3,5-4	2,0-3	sim	semi-sentad	on	sim	não	não	sim	sim	não	0	não	não	sim	sim	
46	não	não	não	sim	não	multi	laceração	sim	não	3-3,5	0-1	não	semi-sentad	on	sim	não	não	sim	não	sim	2	não	não	sim	sim	
47	não	não	não	sim	não	multi	laceração	não	sim	3-3,5	0-1	não	semi-sentad	on	sim	não	não	sim	não	sim	1	não	não	não	não	dor ligeira

APÊNDICE X

Resultados da Prática Baseada na Evidência

Prevenção primária na gravidez		
Intervenções	Percentagem de parturientes	Resultados relevantes, face ao trauma perineal
CPP	27%	A adoção de medidas preventivas na gravidez, não influenciou a incidência de trauma perineal, face à não adoção dessas medidas
Massagem Perineal	4%	
Exercícios pavimento pélvico	13%	

Stressores intrapessoais para o trauma perineal		Número de Parturientes	Índice de trauma perineal atual			Índice de episiotomias
Paridade	Nuliparidade	n=20	90%	Lac 1º grau	50%	20%
				Lac 2º grau	20%	
				Lac 3º grau	0%	
	Multiparidade	n=27	89%	Lac 1º grau	63%	4%
				Lac 2º grau	19%	

				Lac 3º grau	3%	
Trauma anterior	Sim	n=25	84%	Lac 1º grau	64%	4%
				Lac 2º grau	12%	
				Lac 3º grau	4%	
	Não	n=22	91%	Lac 1º grau	50%	18%
				Lac 2º grau	18%	
				Lac 3º grau	5%	
Tipo de trauma anterior	Episiotomia	n=14	93%	Lac 1º grau	58%	7%
				Lac 2º grau	21%	
				Lac 3º grau	7%	
	Laceração	n=11	73%	Lac 1º grau	64%	0%
				Lac 2º grau	9%	
				Lac 3º grau	0%	
Elasticidade Perineal	Sim	n=42	86%	Lac 1º grau	57%	10%
				Lac 2º grau	19%	
				Lac 3º grau	0%	

	Não	n=5	100%	Lac 1º grau	40%	20%
				Lac 2º grau	20%	
				Lac 3º grau	20%	
Períneo < a 3,5cm	Sim	n=5	80%	Lac 1º grau	40%	0%
				Lac 2º grau	20%	
				Lac 3º grau	20%	
	Não	n=41	88%	Lac 1º grau	60%	9%
				Lac 2º grau	19%	
				Lac 3º grau	0%	

Stressores inter e extra pessoais para o trauma perineal		Número de Parturientes	Índice de trauma perineal atual			Índice de episiotomias
ITP	Sim	16	81%			0%
	Não	30	93%			16%
Analgesia epidural	Sim	39	92%			12%
	Não	7	71%			0%
Peso RN > 3,5kg	Sim	13	92%	Lac 1º grau	38%	23%
				Lac 2º grau	23%	
				Lac 3º grau	8%	
				Lac 1º grau	63%	

	Não	33	87%	Lac 2º grau	18%	6%
				Lac 3º grau	0%	
2º Estádio de TP > 1h	Sim	19	89%	Lac 1º grau	42%	15%
				Lac 2º grau	26%	
				Lac 3º grau	6%	
	Não	27	85%	Lac 1º grau	67%	7%
				Lac 2º grau	11%	
				Lac 3º grau	0%	

Prevenção primária no 2º estágio do TP

Intervenções	Nº de parturientes		Índice de Trauma Perineal			Índice de episiotomias
Esforços expulsivos dirigidos	Sim	n=8	100%	Lac 1º grau	38%	62%
				Lac 2º grau	0%	
				Lac 3º grau	0%	
	Não	n=39	85%	Lac 1º grau	57%	3%
				Lac 2º grau	22%	
				Lac 3º grau	3%	
Hands Off	n=8		75%	Lac 1º grau	50%	0%
				Lac 2º grau	25%	

				Lac 3º grau	0%	
Hands on/Manobra de Ritgen	n=39	90%		Lac 1º grau	57%	15%
				Lac 2º grau	16%	
				Lac 3º grau	2%	
Compressas/irrigação soro mormo	Sim	n=15	87%	Lac 1º grau	40%	7%
				Lac 2º grau	33%	
				Lac 3º grau	7%	
	Não	n=32	88%	Lac 1º grau	66%	10%
				Lac 2º grau	12%	

				Lac 3º grau	0%	
Massagem Perineal	Sim	n=17	82%	Lac 1º grau	35%	17%
				Lac 2º grau	24%	
				Lac 3º grau	6%	
	Não	n=30	90%	Lac 1º grau	68%	6%
				Lac 2º grau	16%	
				Lac 3º grau	0%	
Uso de Lubrificante	Sim	n=39	90%	Lac 1º grau	56%	12%
				Lac 2º grau	20%	

	Não	n=8	75%	Lac 3º grau	2%	0%
				Lac 1º grau	63%	
				Lac 2º grau	12%	
				Lac 3º grau	0%	
Posição no período Expulsivo	Litotomia	n=2	50%*	Lac 1º grau	50%	0%
				Lac 2º grau	0%	
				Lac 3º grau	0%	
	Semi-sentada	n=35	91%	Lac 1º grau	54%	14%
				Lac 2º grau	20%	

				Lac 3º grau	3%	0%
	Verticalizada	n=10	90%	Lac 1º grau	70%	
				Lac 2º grau	20%	
				Lac 3º grau	0%	

--

Stressores Extrapessoais no 2º Estádio de TP	Índice de Períneos intatos	13%					
	Índice de Trauma Perineal	87%	Laceração 1º grau	56%	Períneo anterior	20%	Não suturadas 4%
					Períneo Posterior	80%	
			Laceração 2º grau	19%			
			Laceração 3º grau	2%			
			Episiotomia	10%			

Prevenção terciária no 4º estágio do TP

Dor	13%	Recurso a analgesia endovenosa apenas numa situação
Edema	43%,	Aplicação de gelo em todas as situações
Transmitidas medidas de educação para a saúde, relacionada com os cuidados perineais no pós-parto (higiene, eliminação, exercícios de fortalecimento muscular do pavimento pélvico, dieta e sinais de alerta).		

Prevenção terciária no puerpério

	Nº de puérperas acompanhadas	Nº de puérperas com dor	Nº de puérperas com complicações
No serviço de puerpério (presencialmente)	7	3 (dor ligeira)	0
No domicílio (contato telefónico)	31	20 dor ligeira 9 dor moderada 2 dor severa	1 (incontinência fecal)

APÊNDICE XI

Ação de Formação no CPP durante o ER

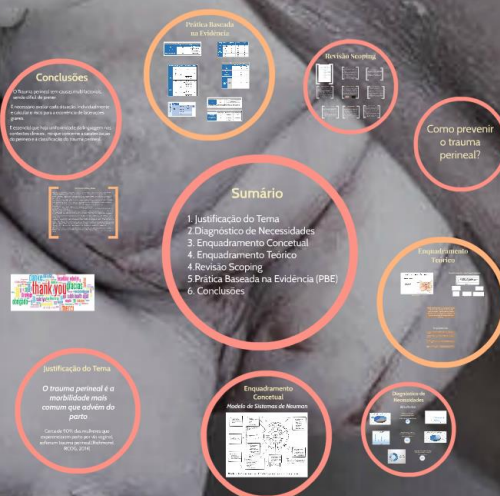
*“Prevenção do Trauma Perineal da Gravidez ao Puerpério: Intervenção do
Enfermeiro Obstetra”*

8ºCurso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Estágio com Relatório

Prevenção do Trauma Perineal na Mulher da Gravidez ao Puerpério:

Intervenção do Enfermeiro Obstetra



26 de Junho de 2018

Liliana Gouveia

Sumário

1. Justificação do Tema
2. Diagnóstico de Necessidades
3. Enquadramento Concetual
4. Enquadramento Teórico
4. Revisão Scoping
5. Prática Baseada na Evidência (PBE)
6. Conclusões

Justificação do Tema

O trauma perineal é a morbilidade mais comum que advém do parto

Cerca de 90% das mulheres que experienciaram parto por via vaginal, sofreram trauma perineal (Richmond, RCOG, 2014)



Enquadramento Concetual

Modelo de Sistemas de Neuman

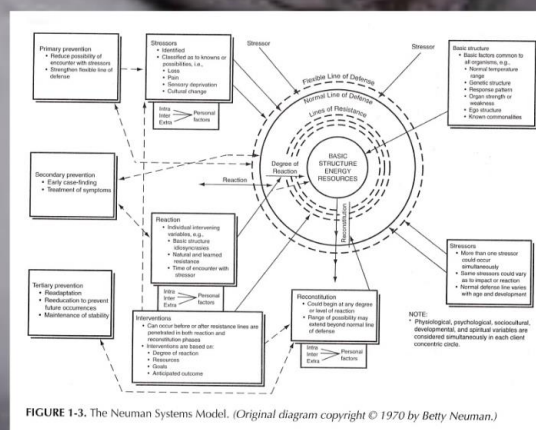
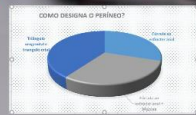


FIGURE 1-3. The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)



Diagnóstico de Necessidades

Resultados



Utiliza medidas de proteção do períneo?

Todos os inquiridos responderam:

SIM



Qual a percentagem máxima de episiotomias, que a OMS recomenda?

Todos responderam:

10%



Acha pertinente uma ação de formação no âmbito da prevenção do trauma perineal?

Todos responderam:

SIM

COMO DESIGNA O PERÍNEO?

Triângulo urogenital e triângulo retal

Fúrcula ao esfíncter anal

Fúrcula ao esfíncter anal + Mucosa

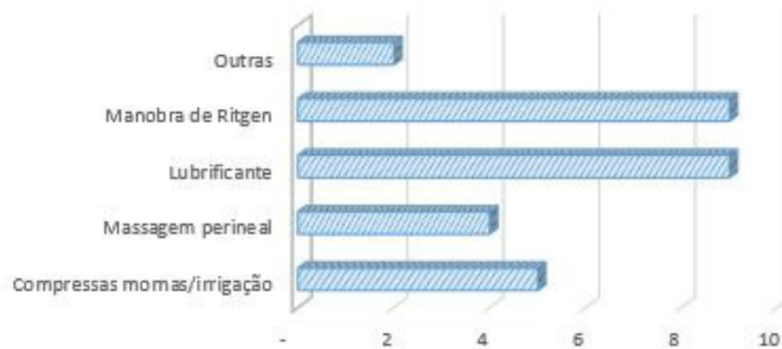
Utiliza medidas de proteção do períneo?

Todos os inquiridos responderam:

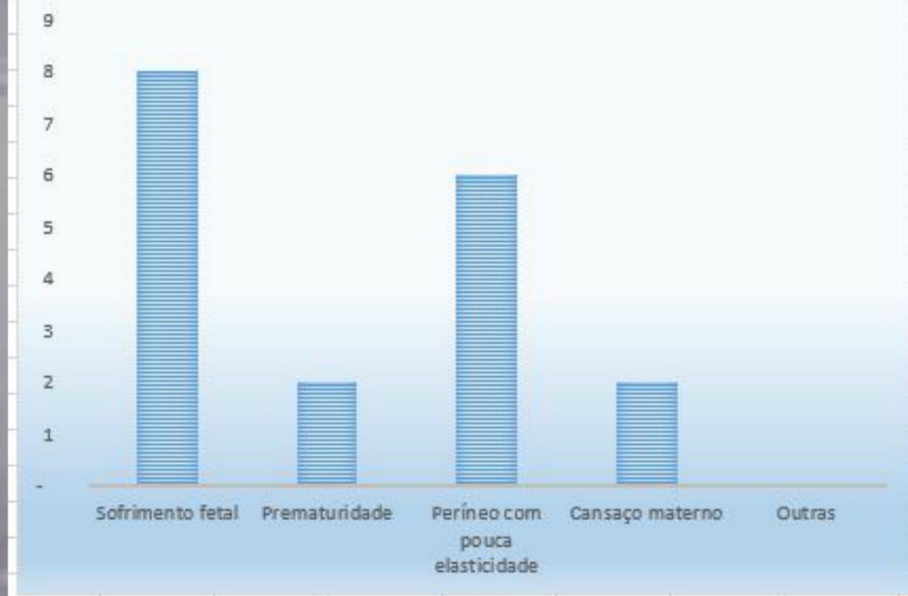
SIM



QUE MÉTODOS DE PROTEÇÃO PERINEAL UTILIZA?



EM QUE SITUAÇÕES REALIZA A EPISIOTOMIA?



Prezi

QUAIS OS FATORES DE RISCO PARA O TRAUMA PERINEAL?



Prezi

Como classifica o períneo intato?



Prezi

Qual a percentagem máxima de episiotomias, qua a OMS recomenda?

Todos responderam:

10%



Prezi

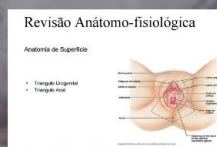
Acha pertinente uma ação de formação no âmbito da prevenção do trauma perineal?

Todos responderam:

SIM



Enquadramento Teórico



(Ozon, 1999)

Classificação das Lacerações Perineais

Gravidade	Descrição
I	Laceração da pele e do tecido subcutâneo da região perineal.
II	Laceração que envolve a pele, o tecido subcutâneo e o esfíncter interno.
III	Laceração que envolve a pele, o tecido subcutâneo, o esfíncter interno e o esfíncter externo.
IV	Laceração que envolve a pele, o tecido subcutâneo, o esfíncter interno, o esfíncter externo e a glândula de Bartholin.

O RCM (2012) refere nas suas guidelines de suporte à sutura perineal que tem sido reportado haver falta de conhecimento e consenso entre as enfermeiras partoiras, no que concerne à classificação do trauma perineal.

A episiotomia...

O seu uso referido foi inicialmente desaconselhado por Stahl em 1995.

A OMS em 1985 emite uma diretriz que refere que o seu uso deve ser desaconselhado.

Em 1996, a OMS recomenda uma taxa de episiotomia não superior a 10%.

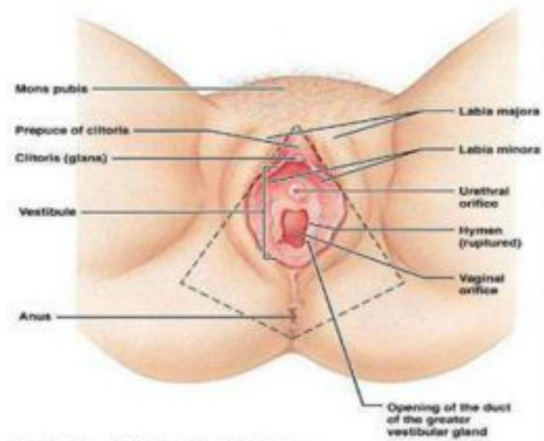
Segundo a Europerstat em 2015, Portugal apresentava, em 2010, uma percentagem de 72,2% de episiotomias.



Revisão Anátomo-fisiológica

Anatomia de Superfície

- Triângulo Urogenital
- Triângulo Anal



Copyright © 2010 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings



(Oxorn, 1989)

Classificação das Lacerações Perineais

Grau	Tecido envolvido
1º	Laceração envolvendo apenas epitélio vaginal
2º	Laceração dos músculos perineais, não envolvendo o esfíncter anal
3º	a) Laceração de menos de 50% do esfíncter anal externo b) Laceração de mais de 50% do esfíncter anal externo c) Laceração do esfíncter anal interno
4º	Laceração do epitélio anal

(Sultan, 1990)

Perineal or genital trauma caused by either tearing or episiotomy should be defined as follows:

- first degree - injury to skin only
- second degree - injury to the perineal muscles but not the anal sphincter
- third degree - injury to the perineum involving the anal sphincter complex:
 - 3a - less than 50% of external anal sphincter thickness torn
 - 3b - more than 50% of external anal sphincter thickness torn
 - 3c - internal anal sphincter torn
- fourth degree - injury to the perineum involving the anal sphincter complex (external and internal anal sphincter) and anal epithelium.

(Rutledge and O'Brien 2004, RCOG Green-top Guidelines)

Perineal Laceration Classification ACOG Definition	
Laceration	Involvement
First Degree	Epithelium only
Second Degree	Epithelium and perineal muscles, not sphincter
Third Degree	Epithelium and anal sphincter
3a	<50% of external anal sphincter thickness torn
3b	>50% of external anal sphincter thickness torn
3c	Internal anal sphincter and rectal anal sphincter
Fourth Degree	Epithelium and anal sphincter complex (external and internal anal sphincter) and anal epithelium

Type	Definition
First degree	No laceration of any site
Second degree	Injury to the skin only "It is involving the fourchette, perineal skin and vaginal mucous membranes, but not the underlying fascia and muscle"
Third degree	Injury to the perineum involving perineal muscles but not involving the anal sphincter
Fourth degree	Injury to perineum involving the anal sphincter complex "It is: <ul style="list-style-type: none"> • 3a: Less than 50% of external anal sphincter thickness torn • 3b: More than 50% of external anal sphincter thickness torn • 3c: Both internal and external anal sphincter torn Injury to perineum involving the anal sphincter complex (external and internal anal sphincter) and anal epithelium" (It is involving anal epithelium and/or rectal mucosa)

Queensland Clinical Guidelines: Perineal care Australia (2013)

ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)	
Degree of laceration	Description
First degree	Superficial laceration of the vaginal mucosa or perineal body
Second degree	Laceration of the vaginal mucosa and/or perineal skin and deeper subcutaneous tissue
Third degree	Incomplete External degree laceration with laceration of the sphincter and part (not all) of the anal sphincter muscle
Fourth degree	Complete External degree laceration with laceration of the anal sphincter muscle

Degree of perineal trauma	Tissues involved
First degree tear	Perineal skin and subcutaneous tissue of anterior or posterior perineum and vaginal mucosa
Second degree tear	Perineal skin, superficial perineal muscles, and perineal body
Third degree tear	Anal sphincter <ul style="list-style-type: none"> - 3a: less than 50% of external anal sphincter (EAS) thickness torn - 3b: more than 50% of EAS - 3c: both EAS and internal anal sphincter (IAS) torn
Fourth degree tear	Anal sphincter complex (EAS and IAS) and anal epithelium

Cronin (2014) - University of Wollongong, New Zealand



A episiotomia...

O seu uso rotineiro foi inicialmente desenvolvido por Stahl em 1895.

A OMS em 1985, emana uma diretriz que refere que o seu rotineiro é desnecessário.

Em 1996, a OMS recomenda uma taxa de episiotomia não superior a 10%.

Segundo a Europeristat em 2013, Portugal apresentava, em 2010, uma percentagem de 72,9% de episiotomias.



Prezi

Como prevenir o trauma perineal?



Prezi

Revisão Scoping

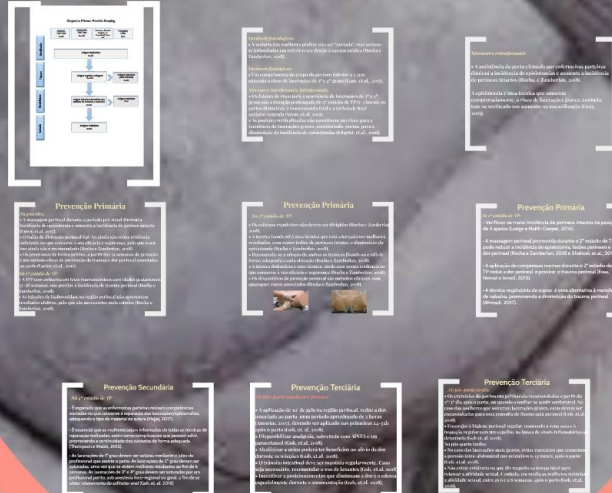
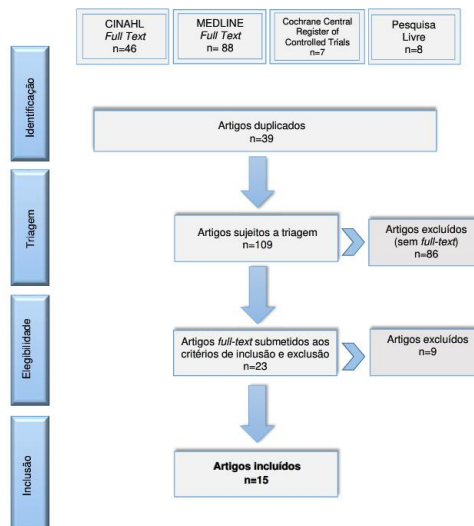


Diagrama Prisma: Revisão Scoping



Variáveis psicológicas:

- A maioria das mulheres prefere não ser “cortada”, mas sentem-se intimidadas em referir o seu desejo à equipa médica (Rocha e Zamberlan, 2018).

Variáveis fisiológicas:

- Um comprimento do corpo do períneo inferior a 3,5cm aumenta o risco de lacerações de 3º e 4º graus (Lane, et.al., 2017).

Stressores interpessoais/intrapessoais:

- Os fatores de risco para a ocorrência de lacerações de 3º e 4º graus são a duração prolongada do 2º estágio de TP (1-3 horas), os partos distócicos, a macrosomia fetal e a variedade fetal occipito-sagrada (Simic, et.al, 2017).
- As posições verticalizadas não constituem um risco para a incidência de lacerações graves, constituindo, porém, para a diminuição da incidência de episiotomias (Edqvist, et.al., 2016).



Prezi

Stressores extrapessoais

- A assistência do parto efetuada por enfermeiras parteiras diminui a incidência de episiotomias e aumenta a incidência de períneos intactos (Rocha, e Zamberlan, 2018).

A episiotomia é uma técnica que aumenta comprovadamente, o risco de lacerações graves, contudo, tem-se verificado um aumento na sua utilização (Gray, 2015).



Prezi

Prevenção Primária

Na gravidez:

- A massagem perineal durante o período pré-natal diminui a incidência de episiotomia e aumenta a incidência de períneo intacto (Ugwu, et.al. 2017).
- O balão de distensão perineal Epi-No ainda não reúne evidência suficiente no que concerne à sua eficácia e segurança, pelo que o seu uso ainda não é recomendado (Rocha e Zamberlan, 2018).
- Os programas de treino pélvico, a partir das 32 semanas de gestação é um método eficaz de prevenção do trauma e dor perineal associadas ao parto (Larios, et.al., 2017).

No 1º estágio de TP:

- A ITP com oxitocina em fetos macrossômicos com idades gestacionais 37-38 semanas, não previne a incidência de trauma perineal (Rocha e Zamberlan, 2018).
- As injeções de hialuronidase na região perineal não apresentam resultados efetivos, pelo que são necessários mais estudos (Rocha e Zamberlan, 2018).



Prevenção Primária

No 2º estágio de TP:

- Os esforços expulsivos não devem ser dirigidos (Rocha e Zamberlan, 2018).
- A técnica hands off é uma técnica que está a ter cada vez melhores resultados, com maior índice de períneos intatos, e diminuição da episiotomia (Rocha e Zamberlan, 2018).
- Recomenda-se a adoção de ambas as técnicas (hands on e off) de forma adequada a cada situação (Rocha e Zamberlan, 2018).
- A técnica finlandesa é uma técnica, ainda com pouca evidência no que concerne à sua eficácia e segurança (Rocha e Zamberlan, 2018).
- Os dispositivos de proteção perineal são métodos eficazes, sem quaisquer riscos associados (Rocha e Zamberlan, 2018).



fibers associated (the



zambetti, 2016).



Prevenção Primária

No 2º estágio de TP:

- Verificou-se maior incidência de períneos intactos na posição de 4 apoios (Lodge e Haith-Cooper, 2016).
- A massagem perineal promovida durante o 2º estágio de TP pode reduzir a incidência de episiotomia, lesões perineais e dor perineal (Rocha e Zamberlan, 2018 e Shahoei, et.al., 2017).
- A aplicação de compressas mornas durante o 2º estágio de TP reduz a dor perineal e previne o trauma perineal (Essa, Nemat e Ismail, 2015).
- A técnica respiratória de soprar, é uma alternativa à manobra de valsalva, promovendo a diminuição do trauma perineal (Ahmadi, 2017).



Prevenção Secundária

No 4º estágio de TP

- É esperado que as enfermeiras parteiras reúnam competências elevadas no que concerne à reparação das lacerações/episiorrafias, adequando o tipo de material de sutura (Hajjaj, 2017).
- É essencial que as mulheres sejam informadas de todas as técnicas de reparação realizadas, assim como complicações que possam advir, promovendo a continuidade dos cuidados de forma adequada (Thompson e Walsh, 2015).
- As lacerações de 1º grau devem ser suturas mediante o juízo do profissional que assiste o parto. As lacerações de 2º grau devem ser suturadas, uma vez que se obtém melhores resultados ao fim de 6 semanas. As lacerações de 3º e 4º grau devem ser suturadas por um profissional perito, sob anestesia loco-regional ou geral, a fim de se obter relaxamento do esfíncter anal (Goh, et. al. 2018)



Prevenção Terciária

No pós-parto imediato e precoce:

- A aplicação de 10' de gelo na região perineal, reduz a dor, associada ao parto, num período aproximado de 2 horas (Amorim, 2017), devendo ser aplicado nas primeiras 24-72h após o parto (Goh, et. al. 2018).
- Disponibilizar analgesia, sobretudo com AINES e/ou paracetamol (Goh, et.al. 2018).
- Alcalinizar a urina poderá ter benefícios no alívio da dor durante as micções (Goh, et.al. 2018).
- O trânsito intestinal deve ser mantido regularmente. Caso seja necessário, recomendar o uso de laxantes (Goh, et.al. 2018).
- Incentivar a posicionamentos que diminuam a dor e o edema, especialmente durante a amamentação (Goh, et.al. 2018).



Prevenção Terciária

No pós-parto tardio:

- Os exercícios do pavimento pélvico são recomendados a partir do 2º/3º dia após o parto, ou quando a mulher se sentir confortável. No caso das mulheres que sofreram lacerações graves, estas devem ser encaminhadas para uma consulta de fisioterapia perineal (Goh, et.al. 2018).
- Encorajar à higiene perineal regular, mantendo a zona seca e à inspeção regular com um espelho, na busca de sinais inflamatórios ou deiscência (Goh et. al. 2018).

No pós-parto tardio:

- No caso das lacerações mais graves, evitar exercícios que aumentem a pressão intra-abdominal nos primeiros 6-12 meses, após o parto (Goh, et.al. 2018).
- Não existe evidência no que diz respeito ao tempo ideal para retomar a atividade sexual. Contudo, em média as mulheres reiniciam a atividade sexual, entre as 6 e a 8 semanas, após o parto (Goh, et.al.



Prática Baseada na Evidência

Prevenção primária na gravidez		
Intervenção	Porcentagem de parturientes	Resultados observados, baseados no trauma perineal
CSP	27%	Avaliação pré-natal, uso de trauma perineal
Massagem Perineal	4%	Adoção de medidas preventivas na gravidez, risco suficiente a incidência de trauma perineal, base a não seleção de medidas
Lactação precoce perineal	11%	

Intervenção	Porcentagem de parturientes	Porcentagem de resultados	Porcentagem de resultados
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%

Intervenção	Porcentagem de parturientes	Porcentagem de resultados	Porcentagem de resultados
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%

Intervenção	Porcentagem de parturientes	Porcentagem de resultados	Porcentagem de resultados
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%

Intervenção	Porcentagem de parturientes	Porcentagem de resultados	Porcentagem de resultados
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%

Intervenção	Porcentagem de parturientes	Porcentagem de resultados	Porcentagem de resultados
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%

Intervenção	Porcentagem de parturientes	Porcentagem de resultados	Porcentagem de resultados
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%
Exatidão	20	40%	20%

Conclusões

O Trauma perineal tem causas multifactoriais, sendo difícil de prever.

É necessário avaliar cada situação, individualmente e calcular o risco para a ocorrência de lacerações graves.

É essencial que haja uniformidade da linguagem nos contextos clínicos, no que concerne à caracterização do períneo e à classificação do trauma perineal.

Referências Bibliográficas

Adriana Amorim Francisco, A; Vasconcellos De Oliveira, M.; Steen, M.; Roberto, M.; Nobre, C.; Viana De Souza, E. (2017). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: randomized controlled trial. *Women and Birth Journal*. 758, No. of Pages 7. homepage: www.elsevier.com/locate/wombi;

Ahmadi, Z.; Torkzahrani, S.; Roosta, F.; Shakeri N; Mhmoodi, Z. (2017) Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Moment of Delivery: A Randomized Clinical Trial.. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. Published by Wolters Kluwer, Medknow;

Edqvist, M.; Blix, E.; Hegaard, H.; Ólafsdóttir, O.; Hildingsson, I.; Ingversen, K.; Mollberg, M.; Lindgren, H. (2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16:196.

Essa, R; Nemat, Ismail, N. (2015). Effect of second stage perineal warm compresses on perineal pain and outcome among primiparae. *Journal of Nursing Education and Practice* Vol. 6, No. 4. In <http://jnep.sciedupress.com>

Gray, E. (2015). Perineal care over the past 25 years: The use of episiotomy in midwifery practice. *Midwifery News*. September, www.midwife.org.nz

Hajjaj, J. (2017). Clinical practice: Perineal suturing. *British Journal of Midwifery*. May, Vol 25, No 5.

Lane, T; Chung, C., Yandell, P.; Kuehl, T. and Larsen, W. (2017). Perineal boy length and perineal lacerations during delivery in primigravid patients *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 30(2):151-153;

Larios, F.; Corrales-Gutierrez, I.; Casado-Mejia, R.; Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery* 50 (2017) 72-77 journal homepage: www.elsevier.com/locate/midw;

Lodge, F.; Haith-Cooper, M. (2016). The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. *British Journal of Midwifery*. March, Vol 24, No 3.

Rocha, B.; Zamberlan, C. (2018). Prevention of perineal lacerations and episiotomy: evidence for clinical practice. *Journal of Nursing UFPE* on line. Feb. 12(2):489-98.

Richmond (2014). Perineal tearing is a national issue we need to adress. RCOG, capturado em file:///C:/Users/lilia/Dropbox/EESMO/2%C2%BA%20Ao/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio/Suporte%20te%C3%B3rico%20(artigos)/Perineal%20tearing%20is%20a%20national%20issue%20we%20must%20address.html

Shahoei, R.; Zaheri, F.; Nasab, L.; Ranaei, F.(2017).The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician* (ISSN: 2008-5842) October, Volume: 9, Issue: 10, Pages: 5588-5595 in <http://www.ephysician.ir>

Simic, A., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A., Stephansson, O. (2017). Duration of second stage of labour and a instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population based study. Simic et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17:72 DOI 10.1186/s12884-017-1251-6;

Simic, J.; Ugwu, E.; Ifeikigwe, E., Obi, S.; Eleje, G.; Ozumba, B (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *Obstetric and Gynaecologic Research*. February;

Thompson, S.; Walsh, D. (2015). Women's perceptions of perineal repair as an aspect of normal childbirth. *British Journal of Midwifery*. August, Vol 23, No 8



APÊNDICE XII

Resultados da Avaliação da Ação de Formação

Citérios de Avaliação	Insuficiente	Suficiente	Bom	MT Bom
Conteúdo Programático	0%	3%	12%	85%
Organização da Ação	0%	13%	15%	72%
Formador	0%	0%	9%	91%
Resultados/Expectativas	0%	3%	14%	83%
Avaliação Global	0%	0%	12%	88%
Questões por Esclarecer	Não houveram			
Sugestões	Não houveram			

ANEXOS

ANEXO I

Diagrama do Modelo de Sistemas Neuman

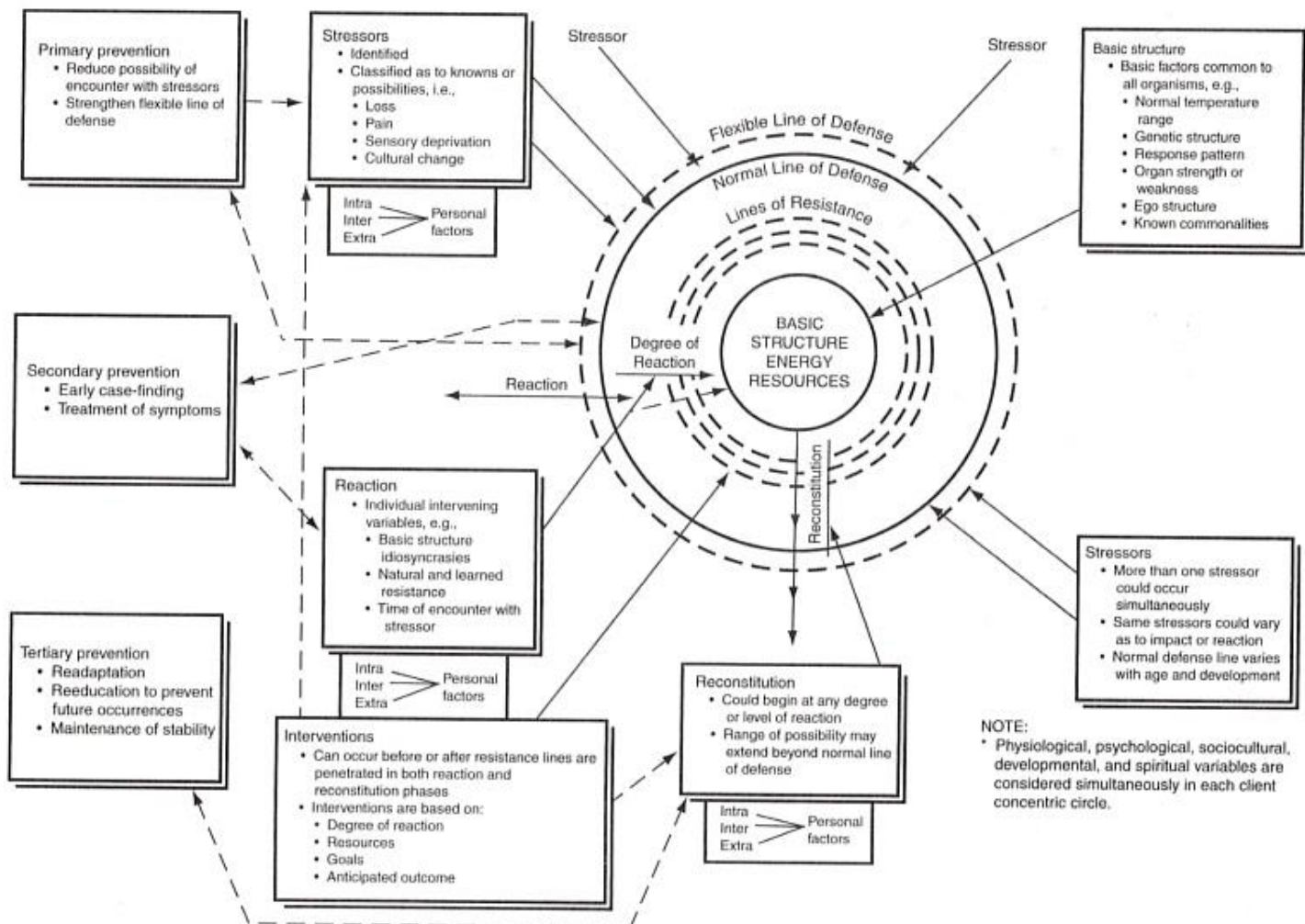


FIGURE 1-3. The Neuman Systems Model. (Original diagram copyright © 1970 by Betty Neuman.)

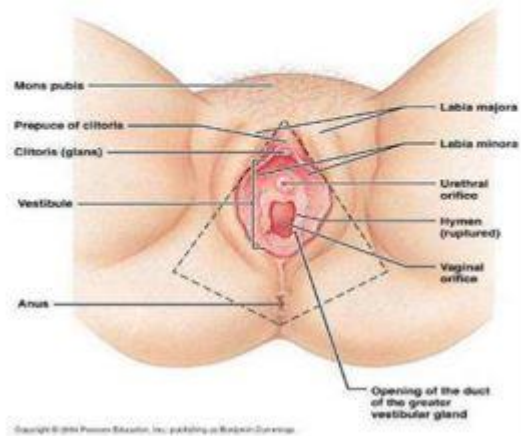
ANEXO II

Anatomia do Períneo Feminino

Revisão Anátomo-fisiológica

Anatomia de Superfície

- Triângulo Urogenital
- Triângulo Anal



http://cc03-09.med.up.pt/4ano/cirurgia/Patologia_Perianal.pdf

ANEXO III

Quadro de Classificação de Lacerações de Sultan
(1999)

Grau	Tecido envolvido
1º	Laceração envolvendo apenas epitélio vaginal
2º	Laceração dos músculos perineais, não envolvendo o esfíncter anal
3º	a) Laceração de menos de 50% do esfíncter anal externo
	b) Laceração de mais de 50% do esfíncter anal externo
	c) Laceração do esfíncter anal interno
4º	Laceração do epitélio anal

https://www.researchgate.net/figure/Sultans-classification-of-perineal-trauma_tbl1_272834570

ANEXO IV

Quadros de Classificação de Lacerações

Degree of perineal trauma	Tissues involved
First degree tear	Perineal skin and subcutaneous tissue of anterior or posterior perineum and vaginal mucosa
Second degree tear Episiotomy	Perineal skin, superficial perineal muscles, and perineal body
Third degree tear	Anal sphincter - 3a: less than 50% of external anal sphincter (EAS) thickness torn - 3b: more than 50% of EAS - 3c: both EAS and internal anal sphincter (IAS) torn
Fourth degree tear	Anal sphincter complex (EAS and IAS) and anal epithelium

<https://researcharchive.vuw.ac.nz/xmlui/bitstream/handle/10063/3680/thesis.pdf?sequence=2>

Perineal or genital trauma caused by either tearing or episiotomy should be defined as follows:

- first degree – injury to skin only
- second degree – injury to the perineal muscles but not the anal sphincter
- third degree – injury to the perineum involving the anal sphincter complex:
 - 3a – less than 50% of external anal sphincter thickness torn
 - 3b – more than 50% of external anal sphincter thickness torn
 - 3c – internal anal sphincter torn.
- fourth degree – injury to the perineum involving the anal sphincter complex (external and internal anal sphincter) and anal epithelium.

(Kettle and O'Brien 2004, RCOG Green-top Guideline)

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>

Perineal Laceration Classification ACOG Definition

Laceration	Involvement
First Degree	Injury to skin only
Second Degree	Injury to perineum involving perineal muscles; not sphincter
Third Degree	Injury to perineum including the sphincter
3a	<50% of external anal sphincter lacerated/torn
3b	>50% of external anal sphincter lacerated/torn
3c	External anal sphincter and internal anal sphincter
Fourth Degree	Both external and internal sphincters lacerated and also includes anal epithelium

<https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2016/Ob-Gyns-Can-Prevent-and-Manage-Obstetric-Lacerations>
<https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2016/Ob-Gyns-Can-Prevent-and-Manage-Obstetric-Lacerations>

ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)

Degree of laceration		Description
First degree		Superficial laceration of the vaginal mucosa or perineal body
Second degree		Laceration of the vaginal mucosa and/or perineal skin and deeper subcutaneous tissues
Third degree	Incomplete	Second degree laceration with laceration of the capsule and part (but not all) of the anal sphincter muscle
	complete	As above with complete laceration of the anal sphincter muscle
Fourth degree		Complete third degree laceration with laceration of the rectal mucosa

<https://www.aafp.org/cme/programs/also.html>

Queensland Clinical Guideline: Perineal Care Australia (2015)

Type	Definition
Intact	No tissue separation at any site ¹⁵
First degree	Injury to the skin only ^{11,16} (i.e. involving the fourchette, perineal skin and vaginal mucous membrane; but not the underlying fascia and muscle ¹⁷ sometimes referred to as a 'graze')
Second degree	Injury to the perineum involving perineal muscles but not involving the anal sphincter ^{11,13,17}
Third degree	Injury to perineum involving the anal sphincter complex ^{11,16} : <ul style="list-style-type: none"> • 3a: Less than 50% of external anal sphincter thickness torn • 3b: More than 50% of external anal sphincter thickness torn • 3c: Both internal and external anal sphincter torn
Fourth degree	Injury to perineum involving the anal sphincter complex (external and internal anal sphincter) and anal epithelium ^{11,16} (i.e. involving anal epithelium and/or rectal mucosa)

https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0022/142384/g-pericare.pdf

ANEXO V

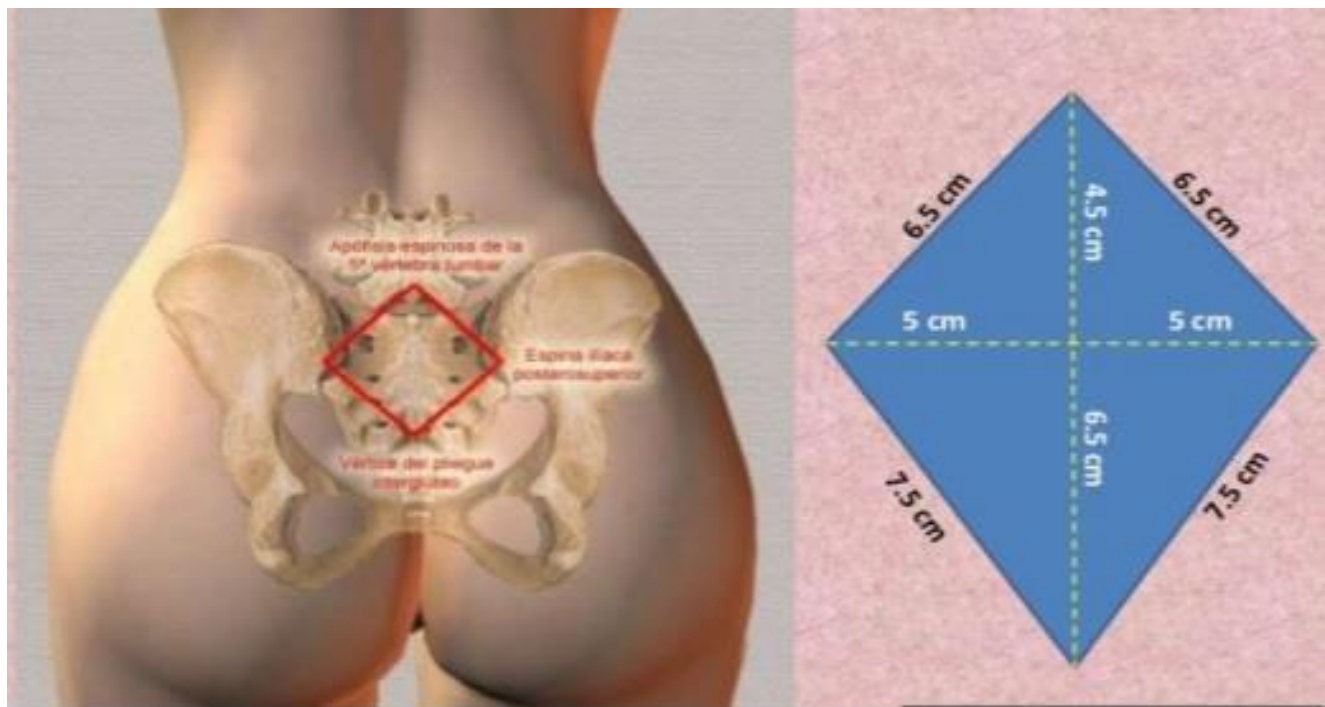
*Figura da Indicação Visual da Direção da
“Linha Púrpura”*



<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/100/tde-30062011-155136/pt-br.php>

ANEXO VI

Figura do Losango de Michaelis



<http://es.slideshare.net/HctorDaniloVelardeVa/dimetros-de-la-pelvis- aterna>

ANEXO VII

Formulário para Avaliação da Ação de Formação

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

PREVENÇÃO DO TRAUMA PERINEAL NA MULHER DA GRAVIDEZ AO PUERPÉRIO

1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO

(Instalações equipamentos didáticos, cumprimento de horários)

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3. FORMADOR

(Clareza da exposição, domínio dos temas, capacidade para esclarecer, dúvidas e gestão do tempo)

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. RESULTADOS E ESPERATIVAS

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. AVALIAÇÃO GLOBAL

Globalmente a ação de formação

Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. QUESTÕES POR ESCLARECER

.....
.....

7. SUGESTÕES

.....
.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!



